

(Obrigatório preencher todos os campos, sem rasuras e entregar no ato da perícia médica)

I – IDENTIFICAÇÃO:

NOME: _____

DATA DE NASCIMENTO: ____ / ____ / ____ SEXO: _____ ESTADO CIVIL: _____

FILIAÇÃO: _____

NATURALIDADE: _____ NACIONALIDADE: _____

IDENTIDADE Nº _____ DATA DE EXPEDIÇÃO ____ / ____ / ____ ORGÃO EXPEDIDOR: _____

CPF Nº _____ CARTEIRA TRABALHO Nº: _____ PIS-PASEP: _____

ENDEREÇO: _____

FONES: _____ CIDADE: _____ ESTADO: _____

ESCOLARIDADE: _____ CARGO/FUNÇÃO: _____

(ABAIXO, NENHUMA RESPOSTA PODERÁ FICAR EM BRANCO. ESPECIFICAR AS RESPOSTAS, OU CITAR : SIM, NÃO, NÃO SEI, NÃO LEMBRO, X OU TRAÇO,ETC)

II – ANTECEDENTES PESSOAIS:

2.1 – Já teve alguma doença. Se sim, quais? _____

2.2 – Fez/Faz uso de bebidas alcoólicas? () SIM () NÃO

2.3 – Você Fuma/Fumou? () SIM () NÃO

2.4 – Esteve internado para tratamento () SIM () NÃO

2.5 – Foi operado? () SIM () NÃO

2.6 – Fez/Faz tratamento Psiquiátrico? () SIM () NÃO

2.7 – Fez/Faz uso de tóxico? () SIM () NÃO

2.8 – Fez/Faz uso contínuo de medicação? () SIM () NÃO

2.9 – Já teve doenças cardíacas? () SIM () NÃO

2.10 – Você tem Hipertensão Arterial? () SIM () NÃO

2.11 – Teve/tem doenças pulmonares? () SIM () NÃO

2.12 – Sofreu acidentes ou fraturas () SIM () NÃO

2.13 – Teve/tem doenças de vias urinárias? () SIM () NÃO

2.14 – Você teve/tem convulsão ou desmaios? () SIM () NÃO

2.15 – Você é diabético? () SIM () NÃO

2.16 – Teve/Tem Úlcera péptica ou gastrite? () SIM () NÃO

2.17 – Teve/Tem doença venérea? () SIM () NÃO

2.18 – Fez/Faz tratamento com Psicólogo () SIM () NÃO

2.19 – Fez/Faz tratamento de coluna () SIM () NÃO

2.20 – Fez/Faz tratamento para tendinite nos membros superiores () SIM () NÃO

2.21 – Tem/Teve alergia () SIM () NÃO

2.22 – Tem/Teve hérnias () SIM () NÃO

2.23 – Procurou médico nos últimos 2 anos? () SIM () NÃO

2.24 – Em caso afirmativo de algum item acima, especificar: _____

x _____

ASSINATURA DO CANDIDATO

DATA ____ / ____ / ____

2.2 – SOMENTE PARA MULHERES:

2.2.1) Já fez cirurgia ginecológica? () SIM () NÃO

2.2.2) Já fez laqueadura de trompas? () SIM () NÃO

2.2.3) As menstruações são normais () SIM () NÃO

2.2.4) Teve/Tem fluxo excessivo? () SIM () NÃO

2.2.5) Faz consulta ginecológica periódica? () SIM () NÃO

2.2.6) Você teve/tem cólica menstrual? () SIM () NÃO

2.2.7) Tem atividade sexual? () SIM () NÃO

2.2.8) Faz uso de Anticoncepcional oral? () SIM () NÃO

2.2.9) Qual a data da última menstruação? _____

2.2.10) Antecedentes Obstétricos (numero de gestações, partos ou abortos): _____

2.2.11) OBS: _____

III – ANTECEDENTES FAMILIARES:

IDADE

CONDIÇÕES DE SAÚDE (OU CAUSA MORTE)

3.1 – PAI: _____

3.2 – MÃE _____

3.3 – CÔNJUGE: _____

QUANTIDADE

3.4 – IRMÃOS Nº: _____

3.5 – FILHOS Nº: _____

IV – ANTECEDENTES LABORAIS:

4.1 – Já teve algum Acidente de Trabalho? () SIM () NÃO

Quando? _____

Onde? _____

Tem CAT – Comunicado de Acidente de Trabalho, registrada?

SIM () NÃO () **Se SIM, observar o HISMED e INFBEN (INSS) já solicitados. Os demais apresentar somente o nada consta (INSS)**

n.º da CAT : _____

Número obtido através do HISMED e INFBEM, ou na carteira de trabalho

Obs: O nada consta poderá ser obtido nas agências ou pelo site INSS, informações pelo fone 135 (INSS)

x _____

ASSINATURA DO CANDIDATO

DATA ____ / ____ / ____

4.2 – Trabalhos anteriores/atual: (relacionar os três últimos locais, podendo ser formal ou informal)

Nome da empresa	função	tempo
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

4.2.1 - Você é ou já foi servidor da Prefeitura Municipal de Goiânia? _____

4.3 – Já ficou afastado pelo INSS por auxílio doença? () SIM () NÃO

Se SIM, observar o HISMED e INFEN (INSS) já solicitados. Os demais apresentar somente o nada consta (INSS)

Quando? _____ Quanto Tempo? _____

Numero do Benefício: _____
Número obtido através do HISMED e INFEN, ou na carteira de trabalho

4.4 – Já esteve exposto no trabalho a:

Ruídos? () SIM () NÃO	Pó? () SIM () NÃO	Poeira? () SIM () NÃO	Gases? () SIM () NÃO
Tintas? () SIM () NÃO	Produtos Químicos? () SIM () NÃO	Posturas inadequadas? () SIM () NÃO	Levantamento de Pesos? () SIM () NÃO

Se SIM, onde e quanto tempo. _____

Usou EPI– Equipamento de Proteção Individual? () SIM () NÃO

Em caso afirmativo especificar: _____

4.5 – Doenças Profissionais? () SIM () NÃO

Se SIM, quais? _____

4.6– Vacinas:

	Febre Amarela	Anti Rábica	Anti Tetânia	Hepatite B
BCG	() SIM	() SIM	() SIM	()
SIM	() NÃO	() NÃO	() NÃO	()
NÃO				

Atesto a veracidade das informações prestadas, assumindo a responsabilidade civil e penal pelas mesmas, e autorizo esta Junta Médica Municipal, à consultar e verificar meus ANTECEDENTES MÉDICOS, para maiores esclarecimentos que se fizerem necessários.

ASSINATURA DO CANDIDATO

DATA ____/____/____