

EXAME DE INGRESSO SERVIDOR TEMPORÁRIO – DECLARAÇÃO DE SAÚDE

1. IDENTIFICAÇÃO DO CANDIDATO:

NOME:

CPF: . . - DATA DE NASCIMENTO: / / IDADE: anos

GÊNERO: () MASCULINO () FEMININO

CARGO PARA QUAL SE CANDIDATOU:

CAMPUS DE LOTAÇÃO:

2. HISTÓRICO DE SAÚDE:

PERGUNTAS	NÃO	SIM	ESPECIFIQUE
Fez ou faz uso regularmente de algum medicamento?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input style="width: 95%; height: 25px;" type="text"/>
Possui alergia a algum medicamento?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input style="width: 95%; height: 25px;" type="text"/>
Possui alguma doença alérgica?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input style="width: 95%; height: 25px;" type="text"/>
Possui alguma doença de pele?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input style="width: 95%; height: 25px;" type="text"/>
Possui doença respiratória (falta de ar aos esforços, asma ou bronquite)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input style="width: 95%; height: 25px;" type="text"/>
Sente tonturas e/ou sensação de desmaio com frequência?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input style="width: 95%; height: 25px;" type="text"/>
Apresenta doença / dor na coluna vertebral?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input style="width: 95%; height: 25px;" type="text"/>
Apresenta Hipertensão Arterial?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input style="width: 95%; height: 25px;" type="text"/>
Possui deficiência auditiva?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input style="width: 95%; height: 25px;" type="text"/>
Possui distúrbios da Visão (dificuldade visual, glaucoma, catarata, miopia, etc)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input style="width: 95%; height: 25px;" type="text"/>
Possui qualquer outra deficiência física?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input style="width: 95%; height: 25px;" type="text"/>
Apresenta diabetes / alteração metabólica?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input style="width: 95%; height: 25px;" type="text"/>
Possui alguma doença do aparelho digestivo (ex: úlcera, cirrose, hepatite (icterícia), problema de vesícula biliar, hemorróidas, gastrite, refluxo gastroesofágico, hérnia hiatal)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input style="width: 95%; height: 25px;" type="text"/>
Possui alguma doença aparelho genital ou urinário (cólicas renais, pedra nos rins, mau funcionamento dos rins ou próstata, corrimento, doenças nas mamas ou caroço)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input style="width: 95%; height: 25px;" type="text"/>
Apresenta doença reumática?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input style="width: 95%; height: 25px;" type="text"/>
Apresenta alteração hormonal?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input style="width: 95%; height: 25px;" type="text"/>
Apresenta cefaléia constante / enxaqueca?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input style="width: 95%; height: 25px;" type="text"/>
Sofre ou sofreu de alguma doença cardíaca e/ou circulatória?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input style="width: 95%; height: 25px;" type="text"/>
Sofre ou sofreu de alguma doença oncológica (câncer) e/ou de tumor benigno?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input style="width: 95%; height: 25px;" type="text"/>
Possui qualquer deficiência em órgãos e/ou membros não especificados acima?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input style="width: 95%; height: 25px;" type="text"/>

Sofre ou sofreu de alguma doença psiquiátrica?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Fez ou faz algum tratamento psicológico, psicanalítico e/ou psiquiátrico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Fez ou faz uso de algum medicamento antidepressivo e/ou psiquiátrico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Apresenta doença neurológica?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Apresenta doença hepática?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Com relação a voz: apresenta rouquidão, cansaço ao falar, pigarro?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Já fez tratamento para voz (fonoaterapia)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Sofre ou sofreu de alguma doença não relacionada acima?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Tem alguma condição de saúde (física e/ou mental), que a seu ver, o impeça ou faça restrições ao exercício do seu cargo na localidade onde será lotado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Possui algum dependente legal com doença, deficiência (física ou mental) ou tratamento de saúde que o impeça de exercer o seu cargo na localidade onde será lotado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Há alguma outra informação sobre sua saúde (física e/ou mental), atual ou passada, que julgue importante?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Considerando as respostas aos quesitos anteriores, julga-se CAPAZ (em condições físicas e mentais) a exercer o cargo na localidade onde será lotado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

3. ANTECEDENTES PROFISSIONAIS:

PERGUNTAS	NÃO	SIM	ESPECIFIQUE
Adquiriu alguma doença do trabalho?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Já sofreu algum acidente de trabalho?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Tem alguma restrição de atividade laboral?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Já trabalhou em local com ruído?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Já trabalhou com produtos químicos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Já trabalhou em local com poeiras (Minerais; Alcalinas; Vegetais; Metálicas)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Já trabalhou com óleo de corte?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Já trabalhou com resinas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Já trabalhou com lã de vidro?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Já trabalhou com thinner?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Já trabalhou com querosene?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Já trabalhou com removedores?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Já trabalhou com gasolina e / ou benzeno?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Já foi readaptado? Em qual posto?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

Obs: Caso necessite de maior espaço ao especificar qualquer dos itens acima, utilize a folha de evolução.

Declaro para os devidos fins, que o preenchimento deste documento (DECLARAÇÃO DE SAÚDE) foi realizado por mim e que assumo total responsabilidade sobre as informações prestadas. Por ser expressão da verdade, dato e assino o presente documento, ficando assim ciente de que no caso de inveracidade, comprovada, estarei sujeito às penalidades cabíveis.

Identidade nº ..- expedida por: , em: //

, de de 20.

(Local)

Assinatura do candidato