

# CONFIDENCIAL

## Prefeitura Municipal de Fortaleza - PMF

Secretaria de Segurança Cidadã - SESEC

Fundação Universidade Estadual do Ceará - FUNECE

Secretaria de Planejamento, Orçamento e Gestão - SEPOG

Comissão Executiva do Vestibular - CEV/UECE

### Concurso Público para Guarda Municipal, Agente de Defesa Civil e Agente de Segurança Institucional

(Editais SESEC/SEPOG Nº14/2013, de 19/09/2013, Nº 15/2013, de 24/09/2013 e Nº 22/2013, de 26/11/2013)

## EXAME MÉDICO DA INSPEÇÃO DE SAÚDE

Data do Exame Médico: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Hora de apresentação: \_\_\_\_

### Questionário Médico de Saúde

#### 1. Identificação

Nome do Candidato			Telefone	
Endereço				
Cidade			Estado	
Sexo	RG	CPF	Pedido	Inscrição
( ) Masculino ( ) Feminino				
Cargo de Opção do Candidato no Concurso				

#### Observações Periciais

#### 2. Instruções Gerais

- 2.1 Esta "Declaração de Saúde" deverá ser preenchida pelo próprio candidato.
- 2.2 O candidato deverá informar se é portador ou sofredor de doenças, ou lesões preexistentes, que são de seu conhecimento.
- 2.3 No preenchimento deste Questionário se ficar qualquer dúvida procure esclarecer com a equipe de apoio no dia das conferências das requisições (exames, exames com laudo e somente laudo).
- 2.4 Após a análise deste questionário, dos exames complementares e da avaliação clínica, o médico poderá solicitar ao candidato uma avaliação especializada e outros exames complementares, se for necessário para firmar o diagnóstico visando dirimir eventuais dúvidas.
- 2.5 O candidato deverá assinar a última página e rubricar as demais.

**Importante:** O questionário deverá ser corretamente e completamente preenchido. A omissão ou ocultação de dados de conhecimento do candidato poderá ser caracterizada como fraude, com as consequências previstas em lei.

## CONFIDENCIAL

<b>3. Aspectos Gerais</b>				<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>	
<b>3.1</b>	Goza de boa saúde no momento Caso negativo especifique: _____ _____					
<b>3.2</b>	Está fazendo algum tratamento médico? Se afirmativo, qual patologia, qual tratamento? _____ _____					
<b>3.3</b>	É portador de alguma moléstia que obrigue a consultar médicos ou fazer exames periódicos? Em caso afirmativo, especifique: _____ _____					
<b>3.4</b>	Já trabalhou em lugares de muito pó, gases, tintas, produtos químicos, ruídos excessivos? Em caso afirmativo especifique: _____ _____					
<b>3.5</b>	Pratica esporte ou faz atividade física? Qual(ais): _____ _____					
<b>3.6</b>	<b>3.6</b> É habitual doador de sangue?					
<b>3.7</b>	<b>3.7</b> É Fumante? ( ) Não    ( ) até 10 cigarros por dia    ( ) 11 - 15 cigarros por dia    ( ) mais de 15 cigarros por dia Há quanto tempo?					
<b>3.8</b>	<b>3.8</b> Faz uso habitual de bebidas alcoólicas? Quantidade: _____			Há quanto tempo? _____		
<b>3.9</b>	Já esteve internado em algum hospital? Em caso afirmativo, indique o motivo: _____ _____					
<b>3.10</b>	Já foi operado? Em caso afirmativo, indique o motivo e data: _____ _____					
<b>3.11</b>	Tem alguma indicação atual para a cirurgia? Se sim, Qual? _____ _____					
<b>3.12</b>	Faz uso habitual de algum medicamento? Qual(ais): _____ _____					
<b>3.13</b>	Já foi submetido a tratamento para câncer ou está investigando esta possibilidade? Em caso afirmativo, cite a época: _____ _____					
<b>3.14</b>	Está Grávida? Em caso afirmativo, quantos meses ou semanas de gravidez: _____ _____					

## CONFIDENCIAL

<b>3. Aspectos Gerais</b>		<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>
<b>3.15</b>	Possui alguma doença crônica em membros de sua família (diabetes, pressão alta, doenças dos rins, epilepsia)? Em caso afirmativo, cite: _____ _____		
<b>3.16</b>	É portador de doença hereditária ou deformidade física? Em caso afirmativo, qual(ais): _____ _____		
<b>3.17</b>	Possui algum sinal ou sintoma (dor, febre, etc.) de origem ainda não identificada? Em caso afirmativo, especifique: _____ _____		
<b>3.18</b>	Já foi submetido a tratamento com fisioterapia, radioterapia, quimioterapia ou tratamentos em períodos prolongados? Em caso afirmativo, cite os motivos: _____ _____		

<b>4. Aspectos Específicos</b>		<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>
<b>4.1</b>	Possui <b>doença respiratória</b> (falta de ar, asma, bronquite)? Se afirmativo, especifique: _____ _____		
<b>4.2</b>	Já tratou de angina ou enfarte do coração? Se afirmativo, especifique: _____ _____		
<b>4.3</b>	Fez exames especializados por suspeita de problema cardíaco (teste ergométrico, cateterismo, etc)? Se afirmativo, especifique: _____ _____		
<b>4.4</b>	Possui pressão alta (hipertensão arterial)?		
<b>4.5</b>	Possui doenças de <b>pele ou alérgicas</b> ? Se afirmativo, especifique: _____ _____		
<b>4.6</b>	Faz tratamento referente à(s) doença(s) do subitem 4.5? Há quanto tempo? _____ Qual tratamento? _____ _____		
<b>4.7</b>	Possui alguma deficiência dos ossos, membros ou coluna (pernas, braços, problemas de circulação, varizes, dor na cabeça, hérnia de disco)? Se afirmativo, especifique: _____ _____		
<b>4.8</b>	Possui alguma doença do <b>aparelho digestivo</b> (úlcera, cirrose, hepatite (icterícia), problema de vesícula biliar, algum tumor, hemorroidas, gastrite, refluxo gastroesofágico, hérnia hiatal)? Se afirmativo, especifique: _____ _____		

## CONFIDENCIAL

<b>4. Aspectos Específicos</b>		<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>
<b>4.9</b>	Faz tratamento referente à(s) doença(s) do subitem 4.8? Se afirmativo, especifique: _____ _____		
<b>4.10</b>	Possui alguma doença do <b>aparelho genital ou urinário</b> (tumores, cólicas renais, pedras nos rins, mau funcionamento dos rins ou da próstata, corrimento, doenças nas mamas ou caroço)? Se afirmativo, especifique: _____ _____		
<b>4.11</b>	Possui alguma doença do <b>sistema nervoso ou muscular</b> (ataques, convulsões, desmaios, tumores, isquemia, AVC ou derrame)? Se afirmativo, especifique: _____ _____		
<b>4.12</b>	Possui alguma doença crônica antiga (diabete, paralisia, doença renal crônica)? Se afirmativo, especifique: _____ _____		
<b>4.13</b>	Faz tratamento referente à(s) doença(s) do subitem 4.12? Se afirmativo, especifique: _____ _____		
<b>4.14</b>	Possui alguma doença infectocontagiosa (AIDS - inclusive portador de HIV, hepatite (icterícia), malária, tuberculose, doenças venéreas)? Se afirmativo, especifique: _____ _____		
<b>4.15</b>	Faz tratamento referente à(s) doença(s) do subitem 4.14? Se afirmativo, especifique: _____ _____		
<b>4.16</b>	Já teve Acidente de Trabalho? Quando e qual motivo? _____ _____		
<b>4.17</b>	Já teve Auxílio-doença junto ao INSS? Quando e qual motivo? _____ _____		
<b>4.18</b>	Já teve Doença ocupacional ou de trabalho? Se afirmativo, especifique: _____ _____ Há quanto tempo? _____		
<b>4.19</b>	Tem realizado exames preventivos periódicos? Citar, se é para alguma doença específica: _____ _____		
<b>4.20</b>	Já fez ou está em tratamento psiquiátrico? Se afirmativo, especifique: _____ _____		
<b>4.21</b>	Já esteve internado por problemas psiquiátricos, alcoolismo ou drogas? Se afirmativo, especifique: _____ _____		

## CONFIDENCIAL

<b>4. Aspectos Específicos</b>		<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>
<b>4.22</b>	Possui alguma doença ou sintoma otorrinolaringológico (perda de audição, labirintite, sinusite, laringite, rinite)? Se afirmativo, especifique: _____ _____		
<b>4.23</b>	<b>Com relação à Voz:</b> Apresenta rouquidão, cansaço ao falar, pigarro? Se afirmativo, com que frequência? _____ _____ Especifique: _____ _____ Há quanto tempo? _____		
<b>4.24</b>	Já fez cirurgia nas cordas vocais? Se afirmativo, especifique: _____ _____ Há quanto tempo? _____		
<b>4.25</b>	Já fez tratamento para voz (fonoterapia)? Se afirmativo, especifique: _____ _____		
<b>4.26</b>	Possui alguma doença ou sintoma oftalmológico (dificuldade visual, glaucoma, catarata, miopia, etc)? Se afirmativo, especifique: _____ _____		
<b>4.27</b>	Já realizou tratamento (laser ou outros) ou cirurgia oftalmológica? Se afirmativo, especifique: _____ _____		

### 5. Observação

Caso você tenha alguma informação para acrescentar, que não tenha sido perguntada neste questionário de saúde, favor registrar neste espaço.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Declaro** para todos os fins, a veracidade das informações prestadas neste questionário médico de saúde e autorizo que sejam utilizadas pela equipe médica responsável pelo Exame Médico da Inspeção de Saúde do Concurso Público para Guarda Municipal, Agente de Defesa Civil e Agente de Segurança Institucional da Prefeitura Municipal de Fortaleza, regulamentado pelos Editais SESEC/SEPOG Nº 14/2013, de 19/09/2013, Nº 15/2013, de 24/09/2013 e Nº 22/2013, de 26/11/2013, e **estou ciente** de que a prestação de informações falsas implicará responsabilidade, na forma da lei, e nulidade deste questionário.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2014.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do candidato e declarante