

CONFIDENCIAL**ESTADO DO CEARÁ**

Secretaria de Segurança Pública e Defesa Social - SSPDS
Academia Estadual de Segurança Pública - AESP

Fundação Universidade Estadual do Ceará - FUNECE
Comissão Executiva do Vestibular - CEV/UECE

Concurso Público para Soldado Bombeiro Militar do Estado do Ceará
(Edital N°001/2025 – SSPDS/AESP – Soldado QPBM/CBMCE, DOE de 28/04/2025)**EXAME MÉDICO DA INSPEÇÃO DE SAÚDE**

Data do Exame: ____ / ____ / ____ Hora de Apresentação: _____

Turma:

--	--

 Ordem:

--	--	--	--

Questionário Médico de Saúde – CBMCE2025**1. Identificação**

Nome do Candidato		Número do Pedido	
Endereço Completo			
Cidade	Estado	E-mail	
Sexo	RG	CPF	Telefone
<input type="checkbox"/> Masculino			
<input type="checkbox"/> Feminino			
Cargo de Opção do Candidato no Concurso			
Soldado do Quadro de Praças Bombeiros Militares (QPBM) do Corpo de Bombeiros Militar do Estado do Ceará (CBMCE) - 2025			

Observações Periciais (Reservado)**2. Instruções Gerais**

- 2.1** Este “Questionário Médico de Saúde” está disponibilizado em formato PDF e deverá ser preenchido de forma manuscrita, em letra de forma legível, com caneta esferográfica de tinta azul ou preta, pelo próprio candidato.
- 2.2** O candidato deverá informar se é portador ou sofredor de doenças ou de lesões preexistentes, que são de seu conhecimento.
- 2.3** O candidato deverá assinar todas as páginas deste questionário com assinatura igual à que consta em seu documento de identidade.
- 2.4** O candidato deverá entregar este questionário, corretamente e completamente preenchido, na data e no horário de sua apresentação para a Inspeção de Saúde.

Importante

Considerando as disposições contidas nos subitens 17.4 e 17.4.1 do Edital N°001/2025 – SSPDS/AESP – Soldado QPBM/CBMCE, DOE de 28/04/2025, regulamentador do Concurso Público para Soldado Bombeiro Militar do Estado do Ceará, a omissão ou ocultação de dados no Questionário Médico de Saúde de conhecimento do candidato poderá ser caracterizada como fraude, com as consequências previstas no Edital e na legislação vigente.

<hr/> Nome Completo do Candidato escreva em letra de forma	<hr/> Assinatura do Candidato declarante igual a que consta em seu documento de identificação

CONFIDENCIAL

3. Aspectos Gerais

**Escreva
SIM ou NÃO**

3.1	<p>Goza de boa saúde no momento? Caso negativo especifique: _____</p>										
3.2	<p>Está fazendo algum tratamento médico? Se afirmativo, qual patologia, qual tratamento (especificar medicamento)? _____</p>										
3.3	<p>É portador de alguma moléstia que obrigue a consultar médicos ou fazer exames periódicos? Em caso afirmativo, especifique: _____</p>										
3.4	<p>Já trabalhou em lugares de muito pó, gases, tintas, produtos químicos, ruídos excessivos? Em caso afirmativo, especifique: _____</p>										
3.5	<p>Pratica esporte ou faz atividade física? Qual(ais): _____</p>										
3.6	<p>É habitual doador de sangue?</p>										
3.7	<p>É fumante? (<input type="checkbox"/>) até 10 cigarros por dia (<input type="checkbox"/>) 11 - 15 cigarros por dia (<input type="checkbox"/>) mais de 15 cigarros por dia Há quanto tempo? _____</p>										
3.8	<p>Faz uso habitual de bebidas alcoólicas? Quantidade: _____ Há quanto tempo? _____</p>										
3.9	<p>Já esteve internado em algum hospital? Em caso afirmativo, indique o motivo: _____</p>										
3.10	<p>Já foi operado? Em caso afirmativo, indique o motivo e data: _____</p>										
3.11	<p>Tem alguma indicação atual para cirurgia? Se sim, qual? _____</p>										
3.12	<p>Faz uso habitual de medicamento para tratamento de doença abaixo indicada? Se sim, marque com "X" a doença.</p> <table style="margin-left: 20px;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> respiratória</td> <td><input type="checkbox"/> oncológica</td> <td><input type="checkbox"/> cardiovascular</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> psiquiátrica</td> <td><input type="checkbox"/> hipertensão</td> <td><input type="checkbox"/> diabetes</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> colesterol alto</td> <td><input type="checkbox"/> outra(s) _____</td> <td></td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> respiratória	<input type="checkbox"/> oncológica	<input type="checkbox"/> cardiovascular	<input type="checkbox"/> psiquiátrica	<input type="checkbox"/> hipertensão	<input type="checkbox"/> diabetes	<input type="checkbox"/> colesterol alto	<input type="checkbox"/> outra(s) _____		
<input type="checkbox"/> respiratória	<input type="checkbox"/> oncológica	<input type="checkbox"/> cardiovascular									
<input type="checkbox"/> psiquiátrica	<input type="checkbox"/> hipertensão	<input type="checkbox"/> diabetes									
<input type="checkbox"/> colesterol alto	<input type="checkbox"/> outra(s) _____										
3.13	<p>Já foi submetido a tratamento para câncer ou está investigando esta possibilidade? Em caso afirmativo, cite a época: _____</p>										
3.14	<p>Está grávida? Em caso afirmativo, quantos meses ou semanas de gravidez: _____</p>										

<hr/> <p style="margin: 0;">Nome Completo do Candidato escreva em letra de forma</p>	<hr/> <p style="margin: 0;">Assinatura do Candidato declarante igual a que consta em seu documento de identificação</p>
--	---

CONFIDENCIAL

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

4. Aspectos Específicos		Escreva SIM ou NÃO
4.1 Possui doença respiratória , tais como, falta de ar, asma, bronquite? Se afirmativo, especifique: _____		
4.2 Já tratou de angina ou enfarte do coração ? Se afirmativo, especifique: _____		
4.3 Fez exames especializados por suspeita de problema cardíaco , tais como, teste ergométrico, cateterismo etc? Se afirmativo, especifique: _____		
4.4 Possui pressão alta (hipertensão arterial)?		
4.5 Possui doenças de pele ou alérgicas ? Se afirmativo, especifique: _____		
4.6 Faz tratamento referente a doença de pele ou alérgicas ? Há quanto tempo? _____ Qual tratamento? _____		
4.7 Possui alguma deficiência dos ossos, membros ou coluna , tais como, pernas, braços, problemas de circulação, varizes, dor na cabeça, hérnia de disco, reumatismo, dor na coluna? Se afirmativo, especifique: _____		
4.8 Possui alguma doença do aparelho digestivo , tais como, úlcera, cirrose, hepatite (icterícia), problema de vesícula biliar, algum tumor, hemorroidas, gastrite, refluxo gastroesofágico, hérnia hiatal? Se afirmativo, especifique: _____		
4.9 Faz tratamento referente à(s) doença(s) do aparelho digestivo , descritas no subitem 4.8 anterior ? Se afirmativo, especifique: _____		

Nome Completo do Candidato escreva em letra de forma	Assinatura do Candidato declarante igual a que consta em seu documento de identificação
---	--

CONFIDENCIAL

4.10	Possui alguma doença do aparelho genital ou urinário , tais como, tumores, cólicas renais, cálculo renal (pedras nos rins), mau funcionamento dos rins ou da próstata, corrimento, doenças nas mamas (dor ou caroço)? Se afirmativo, especifique: _____	
4.11	Possui alguma doença do sistema nervoso ou muscular , tais como, ataques, convulsões, desmaios, tumores, isquemia, AVC ou derrame? Se afirmativo, especifique: _____	
4.12	Possui alguma doença crônica antiga , tais como, diabetes, paralisia, doença renal crônica? Se afirmativo, especifique: _____	
4.13	Faz tratamento referente à(s) doença(s) crônica(s) antiga(s) , descritas no subitem 4.12 anterior ? Se afirmativo, especifique: _____	
4.14	Possui alguma doença infectocontagiosa , tais como, AIDS – incluindo pessoas vivendo com HIV, hepatite (icterícia), malária, tuberculose, infecções sexualmente transmissíveis? Se afirmativo, especifique: _____	
4.15	Faz tratamento referente à(s) doença(s) infectocontagiosa(s) , descritas no subitem 4.14 anterior? Se afirmativo, especifique: _____	
4.16	Já teve acidente de trabalho ? Quando e qual motivo? _____	
4.17	Já teve auxílio-doença junto ao INSS? Quando e qual motivo? _____	
4.18	Já teve doença ocupacional ou do trabalho ? Se afirmativo, especifique: _____ Há quanto tempo? _____	
4.19	Tem realizado exames preventivos periódicos ? Citar, se é para alguma doença específica: _____	
4.20	Já fez ou está em tratamento psiquiátrico/psicológico ? Se afirmativo, especifique: _____ Há quanto tempo? _____	
4.21	Já esteve internado por problemas psiquiátricos, alcoolismo ou drogas ? Se afirmativo, especifique: _____ Há quanto tempo? _____ Por quanto tempo? _____	
4.22	Possui alguma doença ou sintoma otorrinolaringológico , tais como, perda de audição, labirintite, sinusite, laringite, rinite? Se afirmativo, especifique: _____	

Nome Completo do Candidato escreva em letra de forma	Assinatura do Candidato declarante igual a que consta em seu documento de identificação
---	--

CONFIDENCIAL

	<p>Com relação à voz, apresenta rouquidão, cansaço ao falar, pigarro? Se afirmativo, com que frequência? _____</p>	
4.23	Especifique: _____ Há quanto tempo? _____	
	<p>Já foi submetido à cirurgia nas cordas vocais? Se afirmativo, especifique: _____ Há quanto tempo? _____</p>	
4.24		
	<p>Já fez tratamento para voz (fonoterapia)? Se afirmativo, especifique: _____</p>	
4.25		
	<p>Possui alguma doença ou sintoma oftalmológico, tais como, dificuldade visual, glaucoma, catarata, miopia etc? Se afirmativo, especifique: _____</p>	
4.26		
	<p>Usa óculos ou lentes? _____ Caso afirmativo, qual o grau? _____</p>	
4.27		
	<p>Já foi submetido a tratamento (laser ou outros), à cirurgia refrativa (LASIK, PRK) ou a outro tipo de cirurgia oftalmológica? Se afirmativo, especifique: _____</p>	
4.28		

5. Observação

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

EU, abaixo identificado, 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 Soldado Bombeiro Militar do Corpo de Bombeiros Militar do Estado do Ceará, regulamentado pelo Edital Nº001/2025 – SSPDS/AESP – Soldado QPBM/CBMCE, DOE de 28/04/2025, e **estou ciente** de que a prestação de informações falsas ou inexatas implicará responsabilidade, na forma da lei e do Edital do Concurso, podendo acarretar em nulidade deste questionário, mesmo que a constatação ocorra em momento posterior a data de apresentação do candidato, com consequência, inclusive de eliminação no Exame Médico referente ao candidato declarante.

_____, _____ de _____ de _____.

Nome Completo do Candidato escreva em letra de forma	Assinatura do Candidato declarante igual a que consta em seu documento de identificação
---	--