

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.

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

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

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

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

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

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 N°001/2025 – 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
--	---