

**EXAME MÉDICO DA INSPEÇÃO DE SAÚDE – TURMA 2**Data do Exame: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Hora de Apresentação: \_\_\_\_\_ Turma: 

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|--|--|

 Ordem: 

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
|  |  |  |  |
|--|--|--|--|

**Questionário Médico de Saúde – PMCE/2025 T2****1. Identificação**

|                                                                                                                                      |           |               |                         |                 |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|---------------|-------------------------|-----------------|
| <b>Nome do Candidato</b>                                                                                                             |           |               | <b>Número do Pedido</b> |                 |
| <b>Endereço Completo</b>                                                                                                             |           |               |                         |                 |
| <b>Cidade</b>                                                                                                                        |           | <b>Estado</b> |                         | <b>E-mail</b>   |
| <b>Sexo</b>                                                                                                                          | <b>RG</b> | <b>CPF</b>    |                         | <b>Telefone</b> |
| <input type="checkbox"/> Masculino<br><input type="checkbox"/> Feminino                                                              |           |               |                         |                 |
| <b>Cargo de Opção do Candidato no Concurso</b><br>Soldado do Quadro de Praças Policiais Militares da Polícia Militar do Ceará - PMCE |           |               |                         |                 |

**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 Nº 001/202025 – SSPDS/AESP, DOE de 04/04/2025, regulamentador do Concurso Público para Soldado da Polícia 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.

|                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                    |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <div style="border-bottom: 1px solid black; margin-bottom: 5px;"></div> Nome Completo do Candidato<br>escreva em letra de forma | <div style="border-bottom: 1px solid black; margin-bottom: 5px;"></div> Assinatura do Candidato declarante<br>igual a que consta em seu documento de identificação |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

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

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

**CONFIDENCIAL**

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

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

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

**CONFIDENCIAL**

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

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

**CONFIDENCIAL**

|             |                                                                                                                                                                                   |  |
|-------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| <b>4.23</b> | Com <b>relação à voz</b> , apresenta rouquidão, cansaço ao falar, pigarro?<br>Se afirmativo, com que frequência? _____<br>Especifique: _____<br>Há quanto tempo? _____            |  |
| <b>4.24</b> | Já foi submetido à <b>cirurgia</b> nas <b>cordas vocais</b> ?<br>Se afirmativo, especifique: _____<br>Há quanto tempo? _____                                                      |  |
| <b>4.25</b> | Já fez <b>tratamento para voz</b> (fonoaterapia)?<br>Se afirmativo, especifique: _____                                                                                            |  |
| <b>4.26</b> | Possui alguma doença ou sintoma <b>oftalmológico</b> , tais como, dificuldade visual, glaucoma, catarata, miopia etc?<br>Se afirmativo, especifique: _____                        |  |
| <b>4.27</b> | Usa <b>óculos ou lentes</b> ? _____<br>Caso afirmativo, qual o grau? _____                                                                                                        |  |
| <b>4.28</b> | Já foi submetido a tratamento (laser ou outros), à <b>cirurgia refrativa (LASIK, PRK)</b> ou a outro tipo de <b>cirurgia oftalmológica</b> ?<br>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 da Polícia Militar do Estado do Ceará, regulamentado pelo Edital Nº 001/202025 – SSPDS/AESP, DOE de 04/04/2025, 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 \_\_\_\_\_.

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