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**
☐ **Masculino** ☐ **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 Nº001/2025 – 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

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

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

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** (fonoterapia)? 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