Estado do Rio Grande do Sul
Prefeitura Municipal de Faxinal do Soturno
Departamento de Pessoal
Perícia Médica e Saúde Ocupacional

FICHA DE AVALIAÇÃO PRÉ-ADMISSIONAL

MATRICULA (SE FOI FUNCIONÁRIO PÚBLICO)	ÓRGÃO DE LOTAÇÃO	CARGO

IDENTIFICAÇÃO

NOME				FONE
ENDEREÇO				
CIDADE			ESTADO	
ESTADO CIVIL	SEXO ☐ M ☐ F	COR	CIC	RG
DATA NASCIMENTO	LOCAL		ESTADO	
CARGO PARA QUAL PRESTOU CONCURSO				
ATIVIDADE ANTERIOR				

OBSEVAÇÕES PERICIAIS:

INSTRUCOES GERAIS

- Esta “Declaração de Saúde” deverá ser preenchida pelo próprio candidato.

- O candidato deverá se utilizar da Ficha de Avaliação Pré-Adminssional para informar a CAMETRA – Medicina do Trabalho se é portador ou sofredor de doenças ou lesões preexistentes, que são de seu conhecimento.

- Os exames complementares devem ser entregues junto com a Ficha de Avaliação Pré-Adminissional.

- No preenchimento desta Ficha se ficar qualquer dúvida, deixe em branco e procure esclarecer posteriormente com o médico, que fará sua avaliação pré-admissional.

- Após avaliação da Ficha, o médico perito poderá solicitar uma avaliação especializada e outros exames complementares, se necessário.

- No estágio probatório, o candidato será avaliado por médico perito, anualmente.

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

ASPECTOS GERAIS	SIM	NÃO
Goza de boa saúde no momento		
Caso negativo, especifique:		
Está fazendo algum tratamento médico?		
Se afirmativo, qual patologia?		
Qual tratamento?		
È portador de alguma moléstia que obrigue a consultar médicos ou fazer exames periódicos?		
Em caso afirmativo, especifique:		
Já trabalhou em lugares de muito pó, gases,tintas,produtos químicos,ruídos excessivos?		
Em caso afirmativo, especifique:		
Pratica de esporte ou faz atividade física?		
Qual (is)?		
É habitual doador de sangue?		
É fumante? ☐ Até 10 cigarros ☐ 10 – 15 + 20 ☐		
Há quanto tempo?		
Faz uso habitual de bebidas alcoólica?		
Quantidade: / Há quanto tempo?		
Já esteve internado em algum hospital?		
Indique o motivo:		
Já foi operado?		
Indique o motivo e data:		
Tem alguma indicação atual para cirurgia?		
Qual?		
Faz uso habitual de algum medicamento?		
Qual(is)?		
Já foi submetido a tratamento para câncer ou está investigando esta possibilidade?		
Se afirmativo, cite a época:		
Está grávida? (meses de gravidez:)		
Possui alguma doença crônica em membros de sua família(diabetes,pressão alta,doenças dos rins,epilepsia)?		
Cite:		
É portador de doença ou hereditária ou deformidade física?		
Qual (is)?		
Possui algum sinal ou sintoma (dor, febre, etc.) de origem ainda não identificada?		
Especifique:		
Já foi submetido a tratamento com fisioterapia, radioterapia, quimioterapia ou outros tratamentos em períodos prolongados?		

Cite-os e os motivos:

ASPECTOS ESPECÍFICOS	SIM	NAO
Possui **doença respiratória** (falta de ar, asma bronquite)?		
Cite:		
Já tratou de angina ou enfarte do coração?		
Se afirmativo especifique:		
Fez exames especializados por suspeita de problema cardíaco (teste ergométrico, cateterísmo,etc.)?		
Cite:		
Possui pressão alta? (hipertensão arterial)		
Possui doenças de **pele ou alérgicas**?		
Se afirmativo, cite-a:		
Faz tratamento? ☐ SIM ☐ NÃO / Há quanto tempo?		
Qual tratamento?		
Possui alguma deficiência dos ossos, membros ou coluna (pernas, braços, problemas de circulação,varizes, reumatismo, dor na cabeça, hérnia de disco?		
Cite:		
Possui alguma doença do **aparelho digestivo** (como úlcera, cirrose, hepatite (icterícia), problema de vesiculabiliar, algum tumor, hemorróidas, gastrite, refluxo gastroesofageno, hérnia hiatal)?		
Cite:		
Faz tratamento? ☐ SIM ☐ NÃO / Especifique:		
Possui alguma doença aparelho genital ou urinário (tumores, cólicas renais, pedra nos rins, mau funcionamento dos rins ou próstata, corrimento, doenças nas mamas dor ou caroço)?		
Cite:		
Possui alguma doença do sistema nervoso ou muscular(ataques, convulsões, desmaios, tumores, Isquemia, AVC (derrame)?		
Cite:		
Possui alguma doença crônica antiga (diabete, paralisia, doença renal crônica que faz diálise)?		
Cite:		
☐ Faz tratamento? / Especifique:		

SIM NÃO			
Possui alguma doença infecto-contagiosa (AIDS – inclusive portador de HIV, hepatite (icterícia), malaria, tuberculose, doenças veneras)?			
Cite:			
Faz tratamento? SIM NÃO	Especifique:		
ASPECTOS ESPECÍFICOS		**SIM**	**NÃO**
Já teve: Acidente do trabalho?			
Quantos?			
Doença ocupacional ou de trabalho?			
Especificar:	Há quanto tempo?		
Tem realizado exames preventivos periódicos?			
Citar, se é para algumas doença específica:			
Já fez ou está em tratamento psiquiátrico?			
Especifique:			
Já esteve internado por problemas psiquiátricos, alcoolismo ou drogas?			
Especifique:			
Possui alguma ou sintoma otorrinolaringológico (perda de audição, labirintite, sinusite, laringite, rinite)?			
Especifique:			
Com relação à Voz: Apresenta rouquidão, cansaço ao falar, pigarro?			
Com que freqüência?			
Especifique:			
Há quanto tempo?			
Já fez cirurgia nas cordas vocais?			
Especifique:			
Há quanto tempo?			
Já fez tratamento para voz (fonoterapia)?			
Especifique:			
Possui alguma doença ou sintoma oftalmológico (dificuldade visual, glaucoma, catarata, miopia, etc.)?			
Especifique:			
Já realizou tratamento (laser ou outros) ou cirurgia oftalmológica?			
Outras observações que julgar importantes:			
Declaro para todos os fins de direito serem as informações acima verdadeiras, por mim firmadas e que estou ciente dos resultados dos exames e do parecer médico, e autorizo o uso e verificação de prontuários, fichas médicas e outros documentos para fins médicos legais.			

PROPONENTE

LOCAL E DATA
ASSINATURA