

SECRETARIA MUNICIPAL DE PLANEJAMENTO E GESTÃO

Gerência de Recursos Humanos
Praça Barão do Rio Branco, 12, Pilar - Ouro Preto/MG – 35.402-045
(31) 3559-3219
grh.atendimento@ouopreto.mg.gov.br
www.ouopreto.mg.gov.br



PREFEITURA MUNICIPAL DE OURO PRETO

ADMISSÃO: EXAME MÉDICO PRÉ-ADMISSIONAL
(Preencher , assinar e entregar no dia do exame admissional)

Nome _____

End:Rua: _____ nº _____ Bairro: _____

Cidade: _____ CEP _____ Estado _____

Data de nascimento: ____/____/____ Cidade em que nasceu: _____

Estado civil: _____ Idade: _____ Escolaridade: _____

RG _____ CPF: _____

Telefones contato: _____ E-mail _____

Função a ser exercida _____

HISTÓRICO FAMILIAR

Algum membro de sua família tem alguma doença que faz tratamento e toma remédio contínuo? Sim _____ Não _____
Qual(is) membro(s)? _____

Qual(is) medicamento(s)? _____

SOMENTE MULHERES

Número de gestações _____ Número de partos _____ Data da última menstruação ____/____/____

QUESTIONÁRIO (assinale sua resposta com um X)

Pergunta:	Sim Não		Quantidade/Frequência					
	Fuma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- 1 maço/dia	<input type="checkbox"/>	1 maço/dia	<input type="checkbox"/>	+ 1 maço/dia
Bebe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1x/semana	<input type="checkbox"/>	2x/semana	<input type="checkbox"/>	+2x/semana	<input type="checkbox"/>
Atividade física	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1x/semana	<input type="checkbox"/>	2x/semana	<input type="checkbox"/>	+2x/semana	<input type="checkbox"/>
Dorme bem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10-8 horas / noite	<input type="checkbox"/>	4-6 horas/noite	<input type="checkbox"/>	Insônia	<input type="checkbox"/>

VOCÊ TEM/TEVE QUE SE TRATAR DEVIDO A:

	NÃO	TENHO	TIVE		NÃO	TENHO	TIVE		NÃO	TENHO	TIVE
Anemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rouquidão	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Esgotamento Nervoso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabete	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tosse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diarreias frequentes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Depressão	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bronquite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Constipação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Câncer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Paralisias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nervosismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sinusite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Inchaço pés e pernas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Convulsões	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dores no pescoço	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Resfriados frequentes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Desmaios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dores nos braços	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pneumonia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tonturas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dores nas costas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fraturas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Doenças de pele	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dores na coluna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Doença de Chagas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pressão alta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dores nos joelhos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Doenças Renais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dores de cabeça	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dores nos punhos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alergias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas de visão	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dores nas pernas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Epilepsia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rinite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Escarro com sangue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Doença nos ouvidos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Falta de ar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gastrite ou úlcera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Doenças do coração	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Palpitações	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Vômitos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Doenças venéreas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hemorragias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hepatites	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Reumatismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tendinite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hérnias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Infecção Urinária	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Varizes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hemorroidas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Má digestão	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SECRETARIA MUNICIPAL DE PLANEJAMENTO E GESTÃO

Gerência de Recursos Humanos
Praça Barão do Rio Branco, 12, Pilar - Ouro Preto/MG – 35.402-045
(31) 3559-3219
grh.atendimento@ouopreto.mg.gov.br
www.ouopreto.mg.gov.br



Algum outro tratamento não citado acima? _____

Você tem alguma deficiência? Sim Não Qual? Física Auditiva Visual Mental Múltipla

Responda as questões abaixo:

Escuta bem? Sim Não Ouve zumbidos? Sim Não

Algum problema de voz? Sim Não Qual _____

Faz uso regular de medicação? Sim Não Qual (is)? _____

Já fez alguma cirurgia? Sim Não Qual (is)? _____

Já foi internado? Sim Não Motivo(s)? _____

Sofreu alguma fratura? Sim Não Qual parte do corpo? Qual o tratamento? _____

Usa calmantes/antidepressivo? Sim Não Qual (is)? _____

É alérgico a algum medicamento? Sim Não Qual (is)? _____

Já sofre algum tipo de acidente? Sim Não Qual (is)? _____

Já foi submetido ou indicado a alguma cirurgia? Sim Não Qual (is)? _____

Já fez raio-x, tomografia e/ou ressonância? Explique _____

Quando e qual motivo da última consulta médica? ____/____/____ Motivo _____

Já esteve em auxílio-doença pelo INSS? Sim Não Motivo(s)? _____

Já sofre acidente de trabalho? Sim Não Descreva: _____

Já esteve em ambientes perigosos ou insalubres? Quais? _____

Já esteve exposto a ruídos intensos ou substâncias químicas? Quais? Como? _____

Tem outro emprego/ocupação? Sim Não Qual? _____
Onde? _____

Já esteve em algum dos seguintes casos ou situações no ambiente de trabalho:

Intoxicação por produto químico - Sim Não Qual _____

Alergia ou doença de pele devido ao local ou ambiente de trabalho - Sim Não

Qual _____

Ferimentos - Sim Não Qual(is) Onde _____

Fraturas - Sim Não Qual(is) Onde _____

Incapacidade por Acidente de Trabalho Sim Não

Exposição a radiações - Sim Não Qual tipo _____

Exposição a ruídos excessivos - Sim Não Explique _____

Conflito com colegas de trabalho - Sim Não

Conflito com chefias - Sim Não

Dificuldade em seguir normas/regras? Sim Não

Tem dificuldade para algum movimento? Sim Não

Tem dificuldade para assumir determinados posições? Sim Não

Outras situações relevantes _____

Assino como prova de ter declarado a verdade

Ouro Preto ____/____/____

Assinatura do (a) Candidato(a)