

**PREFEITURA MUNICIPAL 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**

Algun 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	<input type="checkbox"/>
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"/>

**PREFEITURA MUNICIPAL OURO PRETO**

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)