

ANEXO II

QUESTIONÁRIO DE ANTECEDENTES CLÍNICOS – PARA USO PERICIAL

NOME: _____

CPF: _____ RG: _____ SEXO: () F () M

IDADE: _____

CARGO: _____ MASP (se tiver): _____

As informações deste questionário devem ser preenchidas pelo candidato. Esse questionário tem caráter sigiloso e será arquivado em prontuário médico. Assim, nenhum campo deverá ficar sem preenchimento.

01. Informar sobre os sintomas ou alterações abaixo relacionadas.

SINTOMAS/ALTERAÇÕES	SIM	NÃO
Dor no peito		
Alterações na voz		
Distúrbios do sono		
Variações no peso		
Problemas de pele		
Distúrbio visual		
Dor abdominal		
Encargo com sangue		
Inchaço nas pernas		
Distúrbios de audição		
Problemas digestivos		
Problemas para urinar		
Alteração de apetite		
Prisão de ventre		
Diarreias		
Dificuldade para engolir		
Alterações no volume e na frequência da urina		
Dificuldades frequentes no trabalho		
Dificuldades no relacionamento familiar		
Dificuldade no relacionamento interpessoal		
Nervosismo		
Pressão alta		
Falta de ar		
Tosse		

Suor noturno		
Dor nas articulações		
Dor na coluna		
Ansiedade		
Tristeza		
Desconfiança		
Outros problemas que não estão relacionados acima		

02. Faz uso de medicação de uso contínuo ou controlado? () Não () Sim. Quais?
(Citar todos, inclusive a dosagem)

03. Faz, ou já fez, algum controle médico específico (oncológico, cardiológico, Neurológico, endocrinológico, pneumológico, outro)? () Não () Sim.

Qual(is)? _____

04. já sofreu internação hospitalar (por doença, cirurgia ou outro procedimento)?
() Não () Sim.

Qual(is)? _____

05. Já sofreu alguma fratura?
() Não () Sim.

Tipo(s)? _____

06. Já se afastou do trabalho por motivo de ordem médica em qualquer instância (municipal, estadual ou INSS)?
() Não () Sim.

Qual? _____

Por quais períodos? _____

Por quais motivos? _____

07. Apresenta ou já apresentou problema de audição ou visão?
() Não () Sim.

Qual(is)? _____

08. É tabagista?

() Não () Sim.

Cigarros/dia? _____ há quanto Tempo? _____

09. É etilista (consome bebida alcoólica)?

() Não () Sim. Quantidade: _____

Frequência: _____

10. Apresenta ou já apresentou doença psiquiátrica (Depressão, Ansiedade, Esgotamento nervoso, Tentativas de Suicídio ou quaisquer outras)?

() Não () Sim.

Qual(is)? _____

11. Apresenta ou já apresentou doença relacionada á voz (disfonia, laringite crônica, rouquidão crônica ou outra)?

() Não () Sim.

Qual(is)? _____

12. Apresenta ou já apresentou alergia respiratória (Asma, Bronquite, Rinite Alérgica ou outra) ou a medicamentos?

() Não () Sim.

Qual(is)? _____

13. Apresenta ou já apresentou alguma doença infecto contagiosa?

() Não () Sim.

Qual(is)? _____

14. Apresenta ou já apresentou dores ou doenças osteomusculares (por exemplo: fibromialgia, artroses, artrites, etc)?

() Não () Sim.

Qual(is)? _____

15. Apresenta ou já apresentou alguma doença que não foi mencionada acima?

() Não () Sim.

Qual(is)? _____

16. Já teve algum acidente de trânsito?

() Não () Sim.

Qual(is)? _____

17. Possui Carteira Nacional de Habitação (CNH) válida?

() Não () Sim.

18. Tem filhos? () Não () Sim. Quantos? _____

“Código Penal Brasileiro – Art. 299 – Omitir, em documento público ou particular, declaração que dele devia constar, ou nele inserir ou fazer inserir declaração falsa ou diversa da que devia ser escrita, com o fim de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre fato juridicamente relevante”.

Declaro, sob as penas da lei, serem verdadeiras as informações acima prestadas, responsabilizando-me por qualquer dado inverídico.

Local _____ Data ____/____/____

Assinatura _____

Assinatura e carimbo do médico:

ANEXO III

EXAMES COMPLEMENTARES (COM DATAS).

01. OBRIGATÓRIO PARA TODOS OS PROPONENTES AO CARGO DO CERTAME:

Exames Laboratoriais: Data ____/____/____

Hemograma:

HM: HB: HT: RDW:

LEOCÓCITOS: NEUT: LINF: BASÓF:

GLICEMIA:

URINA:

ECG com Laudo Data: ____/____/____

02. RADIOGRAFIA COLUNA DORSAL E LOMBAR COM LAUDO PARA SEGUINTE CARGOS:

GARI, ASG, COVEIRO, MECANICO, MOTORISTA E OPERADOR DE MÁQUINAS.

DORSAL: Data: ____/____/____

LOMBAR: Data: ____/____/____

03. EXAME FÍSICO (JUNTA MÉDICA MUNICIPAL):

ESTOSPOPIA (Aparência Geral)

AR:

PA:

ACV:

ABDOME:

AP.LOCOMOTOR:

PELE E ANEXOS:

EDEMAS:

CIANOSES:

APARENCIA DE MUCOSAS:

QUALIDADE DA VOZ (Para Professores):

NEUTRA (ou normal) ()

ALTERADA (disfonia) com sinais de ()

ROUQUIDÃO ()

SOPROSIDADE ()

ASPERZA ()

RENSÃO OU ASTENIA ()

04. HIPÓTESES DIAGNOSTICAS (Especificar se cada patologia está em atividade ou estacionária):

05. CID:

06. CONCLUSÃO MÉDICA: CONSIDERANDO O CARGO PRETENDIDO O CANDIDATO ESTA:

() APTO AO CARGO DE _____

() INAPTO AO CARGO DE _____

Em decorrência de:

() Incapacidade para as atribuições inerentes ao cargo decorrente de agravo á saúde.

() Possibilidade de o trabalho acarretar progressão do agravo á saúde.

() Risco para terceiros.

Observações:

1) É obrigatório o preenchimento de todos os campos deste formulário.

2) Este atestado e o questionário de antecedentes clínicos serão arquivados na pasta funcional do periciado.

3) Validade dos exames complementares.

- Exames de sangue e urina: 30 dias (a contar da coleta do material).
- ECG e Radiografia: 90 dias (a contar do dia da realização do exame).