



QUESTIONÁRIO PARA EXAME DE INVESTIDURA EM CARGO PÚBLICO

CONFIDENCIAL

Deverá ser preenchido pelo candidato e entregue ao Perito Oficial no momento do exame clínico e todas as páginas assinadas.

Obs: O presente formulário deverá ser impresso em frente e verso.

NOME:	
ORGÃO:	
CARGO:	RG:
SEXO: () MASCULINO () FEMININO	ESTADO CIVIL:
DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____	COR:
ASSINATURA	

Marque nos parênteses correspondentes, as respostas às perguntas aqui formuladas. Em caso de dúvida, deixe a resposta em branco e pergunte ao Perito Oficial por ocasião do exame clínico.

	SIM	NÃO	NÃO SEI
01- Tem sérias e freqüentes dores de cabeça?	()	()	
02- Tem se sentido muito nervoso(a)?	()	()	
03- Tem dormido mal?	()	()	
04- Os seus dentes necessitam de tratamento?	()	()	()
05- Tem alguma alergia?	()	()	()
06- Sua pele tem alguma anormalidade?	()	()	
07- Sua pele tem alguma doença crônica?	()	()	
08- Tossiu ou cuspiu sangue?	()	()	
09- Teve alguma doença pulmonar?	()	()	
10- Sente falta de ar?	()	()	
11- Tem pressão alta?	()	()	()
12- Seu coração, às vezes, bate mais rápido, teve alguma doença do coração?	()	()	
13- Tem problemas intestinais ou estomacais?	()	()	
14- Eliminou sangue nas suas fezes?	()	()	
15- Sua pele já ficou totalmente amarelada (icterícia)?	()	()	
16- Tem habitualmente dores nas juntas?	()	()	
17- As suas juntas habitualmente incham?	()	()	
18- Tem tido inchaço (edema) nas pernas?	()	()	
19- Tem dores ou outros problemas na sua coluna vertebral?	()	()	
20- Teve alguma parte do corpo paralisada?	()	()	
21- Ficou alguma vez "sem sentido"(desmaiou)?	()	()	
22- Teve convulsões?	()	()	
23- Perdeu alguma vez sangue ou albumina pela urina?	()	()	
24- Teve algum problema de rins ou bexiga?	()	()	
25- Teve doenças venéreas?	()	()	
26- Teve alguma doença infecciosa (doença de chagas, tuberculose, hepatite, hanseníase, esquistossomose) ? Especificar:	()	()	
<hr/>			
27- Tem alguma doença na visão?	()	()	
28- Usa óculos ou lentes?	()	()	
29- Tem tremores pelo corpo?	()	()	
30- Alguém da família é diabético?	()	()	()
31- Foi tratado(a) de algum tumor?	()	()	
32- Engordou ou emagreceu mais de cinco quilos durante o tratamento?	()	()	



MINISTÉRIO DO PLANEJAMENTO, ORÇAMENTO E GESTÃO
SECRETARIA DE RECURSOS HUMANOS
SIASS - SUBSISTEMA INTEGRADO DE ATENÇÃO E SAÚDE DO SERVIDOR
INSTITUTO FEDERAL DO PARÁ



NOME:

ASSINATURA

	SIM	NÃO	NÃO SEI
33- Foi operado(a)? Especificar: _____	()	()	
34- Já fraturou algum osso? Especificar: _____	()	()	
35- Teve/tem alguma ferida que não cicatriza?	()	()	
36- Acidentou-se fora do trabalho?	()	()	
37- Teve acidente no trabalho? Se positivo, informe quando e o descreva. _____ _____ _____	()	()	
38- Vacinou-se durante o tratamento do acidente?	()	()	
39- Teve ou tem alguma doença profissional? Se positivo, especifique: _____ _____ _____	()	()	
40- Fuma?	()	()	
41- Fuma além de vinte cigarros em vinte e quatro horas?	()	()	
42- Usa habitualmente bebida alcoólica?	()	()	
43- Tem, ultimamente, aumentado a dose diária de bebida alcoólica?	()	()	
44- Tem intranquilidade no lar?	()	()	
45- Está insatisfeito com seu cargo que exerce/exerceu?	()	()	
46- Acha seu trabalho cansativo?	()	()	
47- Tem faltado muito ao trabalho por doença?	()	()	
48- Já teve ou está tendo assistência psiquiátrica ou psicológica?	()	()	
49- Usa alguma medicação psiquiátrica atualmente? Relacionar no quesito 53.	()	()	
50- Há ou houve na sua família algum membro em tratamento psiquiátrico ou psicológico?	()	()	()
51- Caso afirmativo, houve necessidade de internação?	()	()	()
52- Quais as suas ocupações anteriores? _____ _____ _____	()	()	
53- Tem feito uso habitual de algum medicamento? Especificar: _____ _____ _____	()	()	
54- No momento está fazendo algum tratamento médico? Especificar: _____ _____	()	()	



MINISTÉRIO DO PLANEJAMENTO, ORÇAMENTO E GESTÃO
SECRETARIA DE RECURSOS HUMANOS
SIASS - SUBSISTEMA INTEGRADO DE ATENÇÃO E SAÚDE DO SERVIDOR
INSTITUTO FEDERAL DO PARÁ



NOME:

ASSINATURA

55- Tem alguma condição de saúde que, a seu ver, impeça ou faça restrições ao exercício do seu cargo? Se positivo, qual?

56- Alguma outra informação sobre sua saúde atual ou passada que julgue importante? Qual?

57- Considerando as respostas aos quesitos anteriores, julga-se APTO(A) a exercer o cargo na localidade para onde fez o concurso?

58- Existe em algum dependente legal doença que impeça o exercício do seu cargo na localidade para onde fez o concurso? Se sim, especificar:

59- Descreva quais doenças você foi acometido(a) no passado e quais você é hoje portador(a):

SIM

()

NÃO

()

NÃO SEI

()

()

()

()

()

()

()

()

Declaro sob as penas da Lei, que as informações prestadas são verdadeiras e estou ciente que em caso de falsidade ideológica ficarei sujeito as sanções prescritas no Código Penal e as demais cominações legais aplicáveis.

Local/Data: _____, _____ de _____ de _____.