



As informações prestadas nesta ficha fazem parte integrante do Concurso Público, são de inteira responsabilidade do candidato e devem ser fornecidas com autenticidade. A Divisão de Medicina e Saúde Ocupacional, ao proceder a avaliação do contido nesta Ficha e fundada em critérios médicos, poderá exigir do candidato exames complementares hábeis a esclarecer as informações ora aqui prestadas.

Email: _____

1. Doenças do Coração	() SIM	() NÃO	12. Fez ou faz Tratamento Psiquiátrico	() SIM	() NÃO
2. Pressão Alta	() SIM	() NÃO	13. Fez ou faz Tratamento Psicológico	() SIM	() NÃO
3. Doenças do pulmão	() SIM	() NÃO	14. Doenças da Audição/Ouvidos/Labirintites	() SIM	() NÃO
4. Asma/Bronquite/Rinite	() SIM	() NÃO	15. Doenças da Visão/Olhos	() SIM	() NÃO
5. Alergias	() SIM	() NÃO	16. Diabetes	() SIM	() NÃO
6. Doenças do Fígado	() SIM	() NÃO	17. Doenças do Estômago / Intestinos	() SIM	() NÃO
7. Doenças do Rim	() SIM	() NÃO	18. Já fez Tratamento de Fraturas	() SIM	() NÃO
8. Tumores	() SIM	() NÃO	19. Submeteu-se a alguma Cirurgia	() SIM	() NÃO
9. Doenças Reumáticas/artrose/osteoporose	() SIM	() NÃO	20. Esteve Internado nos últimos 2 anos	() SIM	() NÃO
10. Convulsões / Desmaios	() SIM	() NÃO	21. Possui algum problema congênito (de nascença)	() SIM	() NÃO
11. Doenças Neurológicas	() SIM	() NÃO	22. Doenças da Pele	() SIM	() NÃO
23. Já fez ou faz Tratamento da Coluna Cervical, Dorsal, Lombar, Ombros, Cotovelos, Joelhos, Punhos ou Hérnia de Disco?				() SIM	() NÃO
24. Apresenta alguma Doença Óssea ou Neuromuscular que limite a atividade laboral?				() SIM	() NÃO
25. Já fez ou faz Tratamento de Úlceras Varicosas ou Trombose de Membros Inferiores?				() SIM	() NÃO
26. Encontra-se em LICENÇA MÉDICA no Paraná ou outro Estado (INSS ou outro Órgão Pericial Oficial)?				() SIM	() NÃO
27. Já esteve em benefício de qualquer natureza por motivo de saúde? (Perícia INSS, Perícia Federal, Estadual ou Municipal)				() SIM	() NÃO

[illegible]

2. Condições e Hábitos de Vida: (Assinale com X em todos os itens e especifique, se for o caso)

			ESPECIFICAR (se for o caso)
1. Fuma	() SIM	() NÃO	
2. Pratica esportes	() SIM	() NÃO	
3. Alimenta-se bem	() SIM	() NÃO	
4. Mora em residência com água e esgoto	() SIM	() NÃO	
5. Faz uso de algum medicamento de forma contínua?	() SIM	() NÃO	

3. Antecedentes de Doenças na Família (Pai, mãe, irmãos):

			ESPECIFIQUE
1. Pressão alta	() SIM	() NÃO	
2. Doenças do coração	() SIM	() NÃO	
3. Reumatismo	() SIM	() NÃO	
4. Diabetes	() SIM	() NÃO	
5. Doenças do pulmão	() SIM	() NÃO	
6. Doenças cerebrais	() SIM	() NÃO	

4. Houve alguma modificação no seu estado de saúde nos últimos anos? () SIM () NÃO

Qual modificação e quando aconteceu?

5. Apresenta no momento alguma impossibilidade de assumir de forma plena o cargo ou função a que está se propondo?
() SIM () NÃO

Especifique: _____

6. Já possui outro cargo Público além deste que está assumindo? () SIM () NÃO

Caso a resposta seja positiva, especificar (qual é o cargo e qual a esfera de atuação se municipal, federal ou estadual):

7. Declaro serem verdadeiras as informações acima prestadas, comprometendo-me a submeter-me aos exames clínicos e laboratoriais que venham a ser solicitados, a partir desta data, pela Secretaria de Estado da Administração, através da Divisão de Medicina e Saúde Ocupacional, para comprovação ou elucidação do afirmado na presente declaração, bem como estou ciente que posso ser responsabilizado nas esferas administrativa, civil e criminal pela incorreção de qualquer uma das informações prestadas.

Local: _____ Data: ____/____/____.

(Assinatura do Candidato)