


######  FOTO

**DEPARTAMENTO DE PERÍCIA MÉDICA E SAÚDE DO TRABALHADOR – DMEST**

**Apresentação para Exame Médico-Pericial de Ingresso**

|  |
| --- |
| **É obrigatório e de inteira responsabilidade do CANDIDATO o preenchimento de todos os campos deste documento.****O PREENCHIMENTO DEVERÁ SER MANUAL** |

|  |
| --- |
| NOME DO ÓRGÃO EMITENTE SECRETARIA DA EDUCAÇÃO |
| COORDENADORIA  |
| MUNICÍPIO  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Identificação** | NOME  |
| NOME DE SOLTEIRA (Se diferente do nome atual)  |
| CPF | DATA DE NASCIMENTO |
| IDENTIDADE Nº | ÓRGÃO EMISSOR | UF | TELEFONE / CELULAR |
| NOME DA MÃE |  |   |
| FORMA DEINGRESSO |  [ ]  CONCURSO [ ]  CARGO EM COMISSÃO[ ]  CONTRATO TEMPORÁRIO |
|  INGRESSO PARA VAGA COM DEFICIÊNCIA [ ]  NÃO [ ]  SIM |
| DATA PUBLICAÇÃO DA NOMEAÇÃO/ADMISSÃO | **IDENTIFICAÇÃO FUNCIONAL** |
| JÁ TRABALHOU EM ALGUM ÓRGÃO PÚBLICO ESTADUAL? [ ]  NÃO [ ]  SIMSE AFIRMATIVO, INFORME QUAL:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  |

**DECLARAÇÃO DE SAÚDE**

|  |
| --- |
| Possui alguma doença?  [ ]  Não [ ]  Sim Está fazendo algum tratamento médico?  [ ]  Não [ ]  Sim  Se afirmativo, especifique: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  |
| Está recebendo algum **pecúlio e ou benefício previdenciário?**  [ ]  Não [ ]  SimSe afirmativo, especifique: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Já sofreu **acidente do trabalho**? [ ]  Não [ ]  SimPossui doenças **ocupacionais** ou **de trabalho**? [ ]  Não [ ]  SimHá quanto tempo?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Especificar:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Tem realizado **exames preventivos periódicos**?  [ ]  Não [ ]  SimCitar, se é para alguma **doença especifica**:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Já esteve **internado em algum hospital**? [ ]  Não [ ]  SimSe afirmativo, informe o motivo:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Já foi submetido a algum **procedimento cirúrgico**? [ ]  Não [ ]  SimSe afirmativo, especifique: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  |
| Tem alguma indicação atual para **cirurgia**? [ ]  Não [ ]  SimSe afirmativo, especifique: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  |
| Já foi submetido a tratamento para **câncer** ou está investigando esta possibilidade?  [ ]  Não [ ]  SimSe afirmativo, especifique a doença e a época: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| É portador de doença **congênita** ou **hereditária** ou **deformidade física**?  [ ]  Não [ ]  SimSe afirmativo, especifique: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  |
| Já foi submetido a tratamento com f**isioterapia, radioterapia, quimioterapia** ou outrostratamentos em períodos prolongados?  [ ]  Não [ ]  SimSe afirmativo, cite-os e informe os motivos:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Já fez ou está em tratamento **psiquiátrico/psicológico**?  [ ]  Não [ ]  SimHá quanto tempo? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Especifique:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Faz uso de medicação psiquiátrica?  [ ]  Não [ ]  Sim |
| Já fez ou faz uso de **álcool ou drogas**? [ ]  Não [ ]  SimSe afirmativo, especifique: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Possui **perda de audição ou tontura**? [ ]  Não [ ]  SimSe afirmativo, especifique: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Apresentou ou apresenta **alteração da voz, rouquidão ou cansaço ao falar**? [ ]  Não [ ]  SimSe afirmativo, especifique: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Apresenta **obstrução nasal, espirros, coriza ou prurido nasal**? [ ]  Não [ ]  SimSe afirmativo, especifique: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Tem prescrição de alguma medicação para uso contínuo? [ ]  Não [ ]  SimSe afirmativo, qual: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Outras observações que julga importante:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |  |
| --- | --- |
| LOCAL E DATA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | ASSINATURA\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |