

###### 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 DE  INGRESSO | 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  SIM  SE 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  Sim  Se afirmativo, especifique: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Já sofreu **acidente do trabalho**?  Não  Sim  Possui doenças **ocupacionais** ou **de trabalho**?  Não  Sim  Há quanto tempo?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Especificar:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Tem realizado **exames preventivos periódicos**?   Não  Sim  Citar, se é para alguma **doença especifica**:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Já esteve **internado em algum hospital**?  Não  Sim  Se afirmativo, informe o motivo:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Já foi submetido a algum **procedimento cirúrgico**?  Não  Sim  Se afirmativo, especifique: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Tem alguma indicação atual para **cirurgia**?  Não  Sim  Se afirmativo, especifique: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Já foi submetido a tratamento para **câncer** ou está investigando esta possibilidade?   Não  Sim  Se afirmativo, especifique a doença e a época: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| É portador de doença **congênita** ou **hereditária** ou **deformidade física**?   Não  Sim  Se afirmativo, especifique: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Já foi submetido a tratamento com f**isioterapia, radioterapia, quimioterapia** ou outros  tratamentos em períodos prolongados?   Não  Sim  Se afirmativo, cite-os e informe os motivos:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Já fez ou está em tratamento **psiquiátrico/psicológico**?   Não  Sim  Há quanto tempo? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Especifique:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Faz uso de medicação psiquiátrica?   Não  Sim |
| Já fez ou faz uso de **álcool ou drogas**?  Não  Sim  Se afirmativo, especifique: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Possui **perda de audição ou tontura**?  Não  Sim  Se afirmativo, especifique: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Apresentou ou apresenta **alteração da voz, rouquidão ou cansaço ao falar**?  Não  Sim  Se afirmativo, especifique: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Apresenta **obstrução nasal, espirros, coriza ou prurido nasal**?  Não  Sim  Se afirmativo, especifique: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Tem prescrição de alguma medicação para uso contínuo?  Não  Sim  Se afirmativo, qual: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Outras observações que julga importante:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

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