

**EDITAL N. 005 DE 06 DE SETEMBRO DE 2016**  
**CONCURSO PÚBLICO POLÍCIA MILITAR DO ESTADO DE GOIÁS – PM/GO**

**FORMULÁRIO PARA REALIZAÇÃO DA AVALIAÇÃO DOS EXAMES MÉDICO**

<b>IDENTIFICAÇÃO</b>				
Nome:				Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Data de Nascimento: / /		Idade: anos		
<b>ANAMNESE OCUPACIONAL</b>				
<b>História Ocupacional Progressa</b>				
Setor	Cargo	Função	Tempo de trabalho	Uso de equipamento de proteção individual
				Não ( ) Sim ( ) Especificar: _____
				Não ( ) Sim ( ) Especificar: _____
				Não ( ) Sim ( ) Especificar: _____
Observações:				
<b>Riscos ocupacionais presentes nos ambientes de trabalho prévios:</b>				<b>Especificar cargo</b>
<b>Químicos:</b> <input type="checkbox"/> Gases <input type="checkbox"/> Poeiras <input type="checkbox"/> Névoas <input type="checkbox"/> Vapores <input type="checkbox"/> Fumos <input type="checkbox"/> Solventes <input type="checkbox"/> Hidrocarbonetos <input type="checkbox"/> Cimento <input type="checkbox"/> Ácidos <input type="checkbox"/> Álcalis				
<b>Físicos:</b> <input type="checkbox"/> Ruído <input type="checkbox"/> Radiações Ionizantes <input type="checkbox"/> Radiações não ionizantes <input type="checkbox"/> Vibração <input type="checkbox"/> Frio <input type="checkbox"/> Calor <input type="checkbox"/> Umidade				
<b>Biológicos:</b> <input type="checkbox"/> Vírus <input type="checkbox"/> Fungos <input type="checkbox"/> Bactérias <input type="checkbox"/> Protozoários <input type="checkbox"/> Parasitas				
<b>Ergonômicos:</b> <input type="checkbox"/> Posturas Inadequadas <input type="checkbox"/> Movimento Repetitivo <input type="checkbox"/> Mobiliário Inadequado <input type="checkbox"/> Esforço Físico <input type="checkbox"/> Iluminação Inadequada				
<b>Acidentes/Mecânicos:</b>				
<b>Acidente de Trabalho/Doença Ocupacional prévio:</b> <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não				
<input type="checkbox"/> Acidente Típico <input type="checkbox"/> Acidente de Trajeto <input type="checkbox"/> Doença Ocupacional			Período Ocorrido (provável) ____ mês/ ____ ano	
Houve afastamento?: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			Tempo de Afastamento: ____ dia(s)	
Houve Emissão de CAT? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			Houve Encaminhamento ao INSS? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Descrição:				
<b>Antecedentes</b>				

Assinalar X em caso afirmativo e detalhar no campo observações

<input type="checkbox"/>	Traumas	<input type="checkbox"/>	Patologias do Ap. Genito-urinário	<input type="checkbox"/>	Víroses da Infância
<input type="checkbox"/>	Patologias do Sistema Hematológico	<input type="checkbox"/>	Patologias do Sistema Nervoso	<input type="checkbox"/>	Hipertensão
<input type="checkbox"/>	Patologias do Sistema Osteomuscular	<input type="checkbox"/>	Patologias Psíquicas	<input type="checkbox"/>	Diabetes ou glicemia elevada
<input type="checkbox"/>	Asma	<input type="checkbox"/>	Hepatite	<input type="checkbox"/>	Dislipidemia
<input type="checkbox"/>	Rinite	<input type="checkbox"/>	Hérnia	<input type="checkbox"/>	Obesidade
<input type="checkbox"/>	Outras Patologias do Ap. Respiratório	<input type="checkbox"/>	DST	<input type="checkbox"/>	Patologias da Tireóide
<input type="checkbox"/>	Patologias do Ap. Gastrointestinal	<input type="checkbox"/>	Neoplasia	<input type="checkbox"/>	Alergias
<input type="checkbox"/>	Varizes de membros inferiores	<input type="checkbox"/>	Hanseníase	<input type="checkbox"/>	Internamentos clínicos
<input type="checkbox"/>	Doenças do Aparelho. Cárdio-Vascular	<input type="checkbox"/>	Outros	<input type="checkbox"/>	Cirurgias
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Hemotransfusões

Uso de medicação:  Não  Sim  para Diabetes  para colesterol alto

para obesidade  Usa outra medicação Especificar:

**Situação Vacinal** (marcar se completo ou incompleto) [tétano e febre amarela 1 dose a cada 10 anos; hepatite B 3 doses]

Anti-Tetânica: Esquema Vacinal Completo ( ) Esquema Vacinal Incompleto ( )

Febre amarela: Esquema Vacinal Completo ( ) Esquema Vacinal Incompleto ( )

Anti-hepatite B Esquema Vacinal Completo ( ) Esquema Vacinal Incompleto ( )

Observações:

**Antecedentes Ginecológicos e Obstétricos** (só para indivíduos do sexo feminino):

Menarca aos \_\_\_\_\_ anos. Ciclos Menstruais:  Regulares  Irregulares

Número de Gestações: \_\_\_\_\_ Número de Partos: \_\_\_\_\_ Número de Abortos: \_\_\_\_\_

Utiliza método contraceptivo:  Não  Sim: Especificar \_\_\_\_\_  
Data da última menstruação  
/ /

Observações:

**Antecedentes Familiares**

Doença	Grau de Parentesco (1°, 2° ou 3°)	Doença	Grau de Parentesco (1°, 2° ou 3°)
<input type="checkbox"/> Hipertensão		<input type="checkbox"/> Patologias Psiquiátricas	
<input type="checkbox"/> Diabetes		<input type="checkbox"/> Patologias do Sistema Respiratório	
<input type="checkbox"/> Cardiopatia		<input type="checkbox"/> História de Atopia	
<input type="checkbox"/> Infarto		<input type="checkbox"/> Tuberculose	
<input type="checkbox"/> Acidente Vascular Cerebral (derrame)		<input type="checkbox"/> Neoplasias	
<input type="checkbox"/> Patologia de Tireóide		<input type="checkbox"/> Outros	
<input type="checkbox"/> Patologia do Sist. Nervoso			

Observações:

**Hábitos de Vida**

