



**ANEXO VIII- FORMULÁRIO PARA REALIZAÇÃO DA AVALIAÇÃO DOS EXAMES MÉDICOS**  
**EDITAL DE CONCURSO PÚBLICO Nº 005/2022**

<b>Identificação</b>		
Nome:		Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Data de Nascimento: / /	Idade: anos	

**ANAMNESE OCUPACIONAL**

**História Ocupacional Progressa**

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>		Especificar cargo
<b>Químicos:</b>	<input type="checkbox"/> Gases <input type="checkbox"/> Poeiras <input type="checkbox"/> Névoas <input type="checkbox"/> Vapores <input type="checkbox"/> <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:		

▪ Antecedentes

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"/>	Patologias do Sistema Hematológico	<input type="checkbox"/>	Patologias do Sistema Nervoso
<input type="checkbox"/>	Patologias do Sistema Osteomuscular	<input type="checkbox"/>	Patologias Psíquicas
<input type="checkbox"/>	Asma	<input type="checkbox"/>	Hepatite
<input type="checkbox"/>	Rinite	<input type="checkbox"/>	Hérnia
<input type="checkbox"/>	Outras Patologias do Ap.	<input type="checkbox"/>	DST
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	Respiratório	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	Patologias do Ap. Gastrointestinal	<input type="checkbox"/>	Neoplasia
<input type="checkbox"/>	Varizes de membros inferiores	<input type="checkbox"/>	Hanseníase
<input type="checkbox"/>	Doenças do Aparelho. Córdio-Vascular	<input type="checkbox"/>	Outros
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Hemotransfusões
Uso de medicação: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> para Diabetes <input type="checkbox"/> para colesterol alto			
<input type="checkbox"/> para obesidade <input type="checkbox"/> 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 Parentesc o (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**

<b>Tabagismo:</b> <input type="checkbox"/> Não Fumante	<input type="checkbox"/> Fumante Fuma há _____ anos Quantidade: _____ unidades/dia	<input type="checkbox"/> Ex Fumante Fumou durante _____ anos Não fuma há _____ semanas ( ) meses ( ) anos ( ) Quantidade usada: _____ unidades/dia
<b>Uso de bebidas alcoólicas:</b> <input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Sim Bebe há _____ anos Consumo nas últimas semanas:  Tipo de Bebida:	<input type="checkbox"/> Não Abstémio há _____ semanas ( ) meses ( ) anos ( ) Bebeu durante _____ anos Consumo/semana: Tipo de Bebida:
Uso de outras drogas: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim - Qual (is)		
<b>Atividade Física:</b> <input type="checkbox"/> Nenhuma ou esporádico ( sedentário) <input type="checkbox"/> Ativo ( 30 minutos/5 vezes semana) Especificar:		
<b>Alimentação:</b> Dieta Especial: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Especificar: Dieta rica em Gordura: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim (≥5 vezes/semana) Dieta pobre em Fibra: <input type="checkbox"/> Não (ingere diariamente) <input type="checkbox"/> Sim (ingere < 1 vez/dia) Sal (Extra) Adicional: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Quase sempre <input type="checkbox"/> Sempre		
<b>Ritmo de sono:</b> <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Alterado Especificar:		
<b>Lazer:</b> <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Esporadicamente <input type="checkbox"/> Frequentemente		

Local: \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do candidato