GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ

Secretaria do Planejamento e Gestão

PERÍCIA ADMISSIONAL

Nome _____ CPF _____
RG _____ Orgão _____ Cargo _____
Estado Civil _____ Sexo: ( ) Masculino ( ) Feminino - Nascido em ___/___/___
CEP _____ Cidade _____
Endereço: _____ Bairro _____
Telefone Fixo ( ) _____ Celular ( ) _____
Fortaleza – CE ___/___/___ Assinatura _____

FORMULÁRIO ANTECEDENTES CLÍNICO – CIRÚRGICOS

Informação sigilosa e confidencial em caráter obrigatório, sujeito às penalidades da lei no caso do preenchimento inverídico intencional – Art. 299 do código penal – Decreto-Lei 2848/40.

I – O candidato foi ou é portador de:
1. Doença infecto – contagiosa crônica com sintomas clínicos?
( ) Não ( ) Sim. Qual? _____
2. Moléstia psiquiátrica/depressão por período maior ou igual a 06(seis) meses/ internação psiquiátrica?
( ) Não ( ) Sim. Qual _____
3. Patologia reumática crônica (reumatismo) com dor e inflamação articular?
( ) Não ( ) Sim. Qual? _____
4. Disfonia vocal/laringite crônica/alergia respiratória/rouquidão crônica?
( ) Não ( ) Sim. Qual? _____
5. Anomalia congênita ou doença genética ou síndrome clínica com distúrbio psicomotor ou do aprendizado do crescimento/ desenvolvimento, paralisia cerebral ou má-formação?
( ) Não ( ) Sim. Qual? _____

II – O candidato sofreu ou sofre de:
1. Doença venérea de transmissão sexual (DST)?
( ) Não ( ) Sim. Qual? _____
2. Cirurgia, trauma ou sequela de traumatismo/fratura/paralisia?
( ) Não ( ) Sim. Qual? _____
3. Internação hospitalar prévia, cesariana, cirurgia, trauma, doença?
( ) Não ( ) Sim. Qual? _____
4. Hemorragia/leucemia/doença linfática/anemia/icterícia/sangramento/transfusão transplante? ( ) Não ( ) Sim. Qual _____
5. Tumor/câncer/displasia mamária/nódulo/cisto/neoplasia maligna comprovada por punção biópsia ou exame aná anatomopatológico?
( ) Não ( ) Sim. Qual? _____
6. Angina/arritmia/isquemia/dor precordial/palpitação/crise hipertensiva?
( ) Não ( ) Sim. Qual? _____

III – O candidato fez ou faz uso crônico de medicação:
1. Anti-hipertensiva, analgésico, anti-inflamatório, hormônio, insulina, corticoide, digitálico, diurético, anti-alérgico, quimioterapia, radioterapia, transfusão, antibiótico, broncodilatador, anti-ácido, reposição hormonal, estrógeno e progesterona, quimioterápico para tuberculose, hanseníase, AIDS, câncer?
( ) Não ( ) Sim. Qual? _____
2. Psicotrópica controlada: tranquilizante, antidepressivo, sonífero hipnótico, anti-psicótico, narcóticos, convulsivante, estabilizador do humor, neuroléptico, lítio?
( ) Não ( ) Sim. Qual? _____

IV – O candidato necessitou ou necessita de uso de prótese / órtese / marca-passo /válvula cardíaca /transplante arterial/ membro mecânico / transfusão /aparelhos ópticos e de audição / revascularização miocárdio angioplastia/ ponte de safena? ( ) Não ( )Sim. Qual? _____

V – O candidatojá foi impedido de doar sangue por motivo de: sorologia positiva para qualquer infecção ou toxicomania ou insuficiencia de órgão vital ou doença do sangue?
( ) Não ( ) Sim. Qual? _____

Por ser verdade, firmo o documento.

Local: _____ Data: / /