GOVERNO DO ESTADO DO PARANÁ
SECRETARIA DE ESTADO DA ADMINISTRAÇÃO E DA PREVIDÊNCIA
DIVISÃO DE MEDICINA E SAÚDE OCUPACIONAL
FICHA DE INFORMAÇÕES MÉDICAS

ANEXO III DO EDITAL N° 001/2021

FICHA DE INFORMAÇÕES MÉDICAS

ATENÇÃO ! ! ! Leia antes de começar a responder
As informações prestadas nesta ficha fazem parte integrante do Concurso Público, são de inteira responsabilidade do candidato e devem ser fornecidas com autenticidade. A Divisão de Medicina e Saúde Ocupacional, ao proceder a avaliação do contido nesta Ficha e fundada em critérios médicos, poderá exigir do candidato exames complementares hábeis a esclarecer as informações ora aqui prestadas.

Nome: _____

Data de Nascimento: _____/ _____/ _____ . Sexo: ( ) Masc. ( ) Fem. Estado Civil: _____

Naturalidade: _____

Cargo : _____

Endereço/telefone: _____

_____

_____

1. Antecedentes Clínicos/Cirúrgicos (Assinale com X em todos os itens e especifique abaixo)

1. Doenças do Coração	( ) SIM	( ) NÃO	12. Fez tratamento psiquiátrico e ou psicológico	( ) SIM	( ) NÃO
2. Problema de pressão - alta/baixa	( ) SIM	( ) NÃO	13. Problemas de audição	( ) SIM	( ) NÃO
3. Doenças do pulmão	( ) SIM	( ) NÃO	14. Problemas de visão	( ) SIM	( ) NÃO
4. Asma/Bronquite	( ) SIM	( ) NÃO	15. Diabetes	( ) SIM	( ) NÃO
5. Alergia	( ) SIM	( ) NÃO	16. Úlcera	( ) SIM	( ) NÃO
6. Doenças do Fígado	( ) SIM	( ) NÃO	17. Sangue nas fezes	( ) SIM	( ) NÃO
7. Doenças do Rim	( ) SIM	( ) NÃO	18. Sangue na urina	( ) SIM	( ) NÃO
8. Tumores	( ) SIM	( ) NÃO	19. Fratura – especificar	( ) SIM	( ) NÃO
9. Reumatismo	( ) SIM	( ) NÃO	20. Submeteu-se a alguma cirurgia	( ) SIM	( ) NÃO
10. Convulsões	( ) SIM	( ) NÃO	21. Esteve internado nos últimos 2 anos	( ) SIM	( ) NÃO
11. Desmaios	( ) SIM	( ) NÃO	22. Possuí algum problema congênito (de nascença)	( ) SIM	( ) NÃO

ATENÇÃO ! ! ! SE QUALQUER DAS RESPOSTAS DO QUESTIONÁRIO ACIMA FOR "SIM", ESCLAREÇA ABAIXO:

ITEM	ESPECIFIQUE (mencionar data do episódio, o tratamento na época e qual a situação atual)

GOVERNO DO ESTADO DO PARANÁ
SECRETARIA DE ESTADO DA ADMINISTRAÇÃO E DA PREVIDÊNCIA
DIVISÃO DE MEDICINA E SAÚDE OCUPACIONAL
FICHA DE INFORMAÇÕES MÉDICAS

2. **Condições e Hábitos de Vida: (Assinale com X em todos os itens e especifique, se for o caso)**

				ESPECIFICAR (se for o caso)
1.	Fuma	( ) SIM	( ) NÃO	
2.	Pratica esportes	( ) SIM	( ) NÃO	
3.	Alimenta-se bem	( ) SIM	( ) NÃO	
4.	Mora em residência com água e esgoto	( ) SIM	( ) NÃO	
5.	Faz uso de algum medicamento de forma contínua?	( ) SIM	( ) NÃO	

3. Antecedentes de Doenças na Família (Pai, mãe, irmãos):

				ESPECIFIQUE
1.	Pressão alta	( ) SIM	( ) NÃO	
2.	Doenças do coração	( ) SIM	( ) NÃO	
3.	Reumatismo	( ) SIM	( ) NÃO	
4.	Diabete	( ) SIM	( ) NÃO	
5.	Doenças do pulmão	( ) SIM	( ) NÃO	
6.	Doenças cerebrais	( ) SIM	( ) NÃO	

4. Houve alguma modificação no seu estado de saúde nos últimos anos? ( ) SIM ( ) NÃO

Qual modificação e quando aconteceu?

_____

_____

5. Apresenta no momento alguma impossibilidade de assumir de forma plena o cargo ou função a que está se propondo?

( ) SIM ( ) NÃO

Especifique:_____

_____

_____

_____

_____

6. Já possuí outro cargo Público além deste que está assumindo? ( ) SIM ( ) NÃO

Caso a resposta seja positiva, especificar (qual é o cargo e qual a esfera de atuação se municipal, federal ou estadual):

_____

_____

7. Declaro serem verdadeiras as informações acima prestadas, comprometendo-me a submeter-me aos exames clínicos e laboratoriais que venham a ser solicitados, a partir desta data, pela Secretaria de Estado da Administração, através da Divisão de Medicina e Saúde Ocupacional, para comprovação ou elucidação do afirmado na presente declaração, bem como estou ciente que posso ser responsabilizado nas esferas administrativa, civil e criminal pela incorreção de qualquer uma das informações prestadas.

Local: _____ Data: _____/_____/_____ .

_____

(Assinatura do Candidato)