



SECRETARIA DE ESTADO DA ADMINISTRAÇÃO E PREVIDÊNCIA  
DEPARTAMENTO DE SAÚDE DO SERVIDOR – DSS  
DIVISÃO DE PERÍCIA MÉDICA - DPM

**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:

RG:  CPF

Data de Nascimento: / / . Sexo:  Masc.  Fem. Estado Civil:

Naturalidade:

Cargo :

Endereço/telefone:

Email:

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

1. Doenças do Coração	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	12. Fez ou faz Tratamento Psiquiátrico	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
2. Pressão Alta	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	13. Fez ou faz Tratamento Psicológico	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
3. Doenças do pulmão	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	14. Doenças da Audição/Ouvidos/Labirintites	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
4. Asma/Bronquite/Rinite	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	15. Doenças da Visão/Olhos	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
5. Alergias	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	16. Diabetes	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
6. Doenças do Fígado	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	17. Doenças do Estômago / Intestinos	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
7. Doenças do Rim	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	18. Já fez Tratamento de Fraturas	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
8. Tumores	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	19. Submeteu-se a alguma Cirurgia	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
9. Doenças Reumáticas/artrose/osteoporose	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	20. Esteve Internado nos últimos 2 anos	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
10. Convulsões / Desmaios	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	21. Possui algum problema congênito (de nascença)	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
11. Doenças Neurológicas	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	22. Doenças da Pele	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
23. Já fez ou faz Tratamento da Coluna Cervical, Dorsal, Lombar, Ombros, Cotovelos, Joelhos, Punhos ou Hérnia de Disco?	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO			
24. Apresenta alguma Doença Óssea ou Neuromuscular que limite a atividade laboral?	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO			
25. Já fez ou faz Tratamento de Úlceras Varicosas ou Trombose de Membros Inferiores?	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO			
26. Encontra-se em LICENÇA MÉDICA no Paraná ou outro Estado (INSS ou outro Órgão Pericial Oficial)?	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO			
27. Já esteve em benefício de qualquer natureza por motivo de saúde? (Perícia INSS, Perícia Federal, Estadual ou Municipal)	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> 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)
<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

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	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="text"/>
2. Pratica esportes	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="text"/>
3. Alimenta-se bem	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="text"/>
4. Mora em residência com água e esgoto	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="text"/>



SECRETARIA DE ESTADO DA ADMINISTRAÇÃO E PREVIDÊNCIA  
DEPARTAMENTO DE SAÚDE DO SERVIDOR – DSS  
DIVISÃO DE PERÍCIA MÉDICA - DPM

5. Faz uso de algum medicamento de forma contínua?	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	
--	------------------------------	------------------------------	--

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

			ESPECIFIQUE
1. Pressão alta	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	
2. Doenças do coração	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	
3. Reumatismo	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	
4. Diabete	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	
5. Doenças do pulmão	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	
6. Doenças cerebrais	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> 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 possui 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)