



QUESTIONÁRIO PARA EXAME DE INVESTIDURA

CONFIDENCIAL

Deverá ser preenchido pelo candidato e entregue ao Perito Oficial no momento do exame clínico e todas as páginas assinadas.

Nome do candidato:

Órgão:

Data do nascimento:

Peso:

Altura:

Marque nos parênteses correspondentes, as respostas às perguntas aqui formuladas. Em caso de dúvida, deixe a resposta em branco e pergunte ao Peito Oficial por ocasião do exame clínico.

Sim Não Não sei

01- Fez ou faz algum tratamento para algum tipo de doença? Se sim, qual? ☐ ☐ ☐

02- Faz uso de algum medicamento? Qual? ☐ ☐ ☐

03- Fez ou faz algum tratamento para doença renal? Se sim, qual? ☐ ☐ ☐

04- Tem alguma alergia? ☐ ☐ ☐

05- Fez ou faz algum tratamento para doença hepática? ☐ ☐ ☐

06- Fez ou faz algum tratamento para doença no estômago? Qual? ☐ ☐ ☐

07- Fez ou faz algum tratamento para doença psiquiátrica? Se sim, qual? ☐ ☐ ☐

08- Fez ou faz algum tratamento para osteomuscular? Se sim, qual? ☐ ☐ ☐

09- Fez ou faz algum tratamento para cardíaca? Se sim, qual? ☐ ☐ ☐

10- Fez ou faz algum tratamento para doença pulmonar? Se sim, qual? ☐ ☐ ☐

Unidade SIASS/UFAM Campus Universitário, Setor Sul Universidade Federal do Amazonas – UFAM

Av. General Rodrigo Octávio, 3000. Bairro Coroado CEP 69077-070 Manaus-AM Tel 92 33054259



- 11- Fez ou faz algum tratamento para doença hematológica? Se sim, qual? ☐ ☐ ☐
-
- 12- Fez ou faz algum tratamento para doença oftalmológica? Se sim, qual? ☐ ☐ ☐
-
- 13- Fez ou faz algum tratamento para doença ginecológica? Se sim, qual? ☐ ☐ ☐
-
- 14- Fez ou faz algum tratamento para doença dermatológica? Se sim, qual? ☐ ☐ ☐
-
- 15- Fez ou faz algum tratamento para Câncer ou quimioterapia? Se sim, qual? ☐ ☐ ☐
-
- 16- Fez alguma cirurgia? Se sim, qual? ☐ ☐ ☐
-
- 17- Teve alguma internação médica? Qual motivo? ☐ ☐ ☐
-
- 18- Teve alguma fratura ou entorse? Onde? ☐ ☐ ☐
-
- 19- Está tomando algum medicamento? Qual? ☐ ☐ ☐
-
- 20- É etilista ou tabagista? Qual a frequência? ☐ ☐ ☐
-
- 21- Faz ou fez algum esporte ou pratica atividade física? Qual? Frequência? ☐ ☐ ☐
-
- 22- Já teve convulsão? ☐ ☐ ☐
- 23- Já teve infecção sexualmente transmissível (IST) Se sim, qual? ☐ ☐ ☐
-
- 24- Já teve algum acidente do trabalho? Se sim, descreva ☐ ☐ ☐
-
- 25- Já teve algum acidente fora do trabalho? Se sim, descreva ☐ ☐ ☐
-
- 26- Algum familiar em tratamento médico? Se sim, descreva ☐ ☐ ☐
-
- 27- Tem alguma condição de saúde que, a seu ver, impeça ou faça restrições ao exercício do seu cargo? Se positivo, qual? ☐ ☐ ☐
-
- 28- Há alguma outra informação sobre sua saúde atual ou passada que julgue importante? Qual? ☐ ☐ ☐

Unidade SIASS/UFAM Campus Universitário, Setor Sul Universidade Federal do Amazonas – UFAM

Av. General Rodrigo Octávio, 3000. Bairro Coroado CEP 69077-070 Manaus-AM Tel 92 33054259



Declaro sob as penas da Lei, que as informações prestadas são verdadeiras e estou ciente que em caso de falsidade ideológica ficarei sujeito as sanções prescritas no Código Penal e as demais cominações legais aplicáveis.

Manaus, _____ / _____ / _____

Assinatura: