ESTADO DO PARANÁ
Secretaria de Estado da Administração e da Previdência
Departamento de Recursos Humanos

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_____

RG: _____ CPF:_____

Cargo: PROFESSOR NRE DE INSCRIÇÃO:_____

DISCIPLINA(S)_____-_____

INSCRIÇÃO (ÕES) _____ - _____

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

Estado Civil:_____

Naturalidade:_____

Endereço/telefone:

_____

_____

_____

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

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

ESTADO DO PARANÁ
Secretaria de Estado da Administração e da Previdência
Departamento de Recursos Humanos

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)

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)