



CEARÁ
GOVERNO DO ESTADO
SECRETARIA DO
PLANEJAMENTO E GESTÃO



PERÍCIA ADMISSIONAL

Nome: _____ CPF: _____
RG: _____ Órgão emissor: _____ Cargo: _____
Estado Civil: _____ Sexo: () Masculino () Feminino - Data de Nascimento: ____/____/____
CEP: _____ Cidade + UF: _____
Endereço: _____
Bairro: _____ Telefone Fixo: _____ Celular: _____
Fortaleza-CE: ____/____/____ Assinatura: _____

FORMULÁRIO ANTECEDENTES CLÍNICO - CIRÚRGICOS

Instrução sigilosa e confidencial em caráter obrigatório, sujeito às penalidades da Lei no caso do preenchimento inverídico e intencional – Art. 299 do Código Penal – Decreto-Lei 2848/40.

I - O candidato foi ou é portador de:

- Doença infecto - contagiosa crônica com sintomas clínicos?
() Não. () Sim: Qual? _____
- Moléstia psiquiátrica/depressão por período maior ou igual a 06 (seis) meses/internação psiquiátrica?
() Não. () Sim: Qual? _____
- Patologia reumática crônica (reumatismo) com dor e inflamação articular?
() Não. () Sim: Qual? _____
- Disfonia vocal/laringite crônica/alergia respiratória/rouquidão crônica?
() Não. () Sim: Qual? _____
- 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:

- Doença venerea de transmissão sexual (DST)?
() Não. () Sim: Qual? _____
- Cirurgia, trauma ou sequela de traumatismo/fratura/paralisia?
() Não. () Sim: Qual? _____
- Internação hospitalar prévia, cesariana, cirurgia, trauma, doença?
() Não. () Sim: Qual? _____
- Hemorragia/leucemia/doença linfática/anemia/icterícia/sangramento/transfusão/transplante?
() Não. () Sim: Qual? _____
- Tumor/câncer/dislipasia mamária/nódulo/cisto/neoplasia maligna comprovada por punção biópsia ou exame anatomopatológico?
() Não. () Sim: Qual? _____
- Angina/arritmia/isquemia/dor precordial/palpitação/crise hipertensiva?
() Não. () Sim: Qual? _____

III - O candidato fez ou faz uso crônico de medicação:

- Anti-hipertensiva, analgésico, anti-inflamatório, hormônio, insulina, corticoide, digitalico, diurético, anti-alérgico, quimioterapia, radioterapia, transfusão, antibiótico, broncodilatador, anti-ácido, reposição hormonal, estrógeno e progesterona, quimioterápico para tuberculose, hanseníase, AIDS, câncer?
() Não. () Sim: Qual? _____
- 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 / aparelho optico e de audição / revascularização miocárdio angioplastia / ponte de safena?
() Não. () Sim: Qual? _____

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

Por ser verdadeiro, firmo o documento.

Local da realização da Perícia: Cidade + UF

Data: ____/____/____

ASSINATURA