

**PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE LONDRINA****Secretaria Municipal de Recursos Humanos***Diretoria de Saúde Ocupacional*

Avenida Duque de Caxias, 333

Londrina - Paraná - CEP 86015-000

Fone: (43) 3376-2553

E-mail: medicina.trabalho@londrina.pr.gov.br**PERÍCIA PRÉ-ADMISSSIONAL****MÉDICA:**

Dia ___/___/___ as ___h___ min.

PSICOLÓGICA:

Dia ___/___/___ as ___h___ min.

Lançado em: _____

ANEXO I – EDITAL Nº 093/2021-DDH/SMRH**FICHA DE INFORMAÇÕES PARA EXAME PRÉ-ADMISSSIONAL****(O formulário deve ser impresso em frente e verso)****TERMO DE RESPONSABILIDADE****(Deverá ser preenchido pelo candidato com letra de forma legível)**

Eu, _____, portador do CPF n.º _____ e RG n.º _____, candidato(a) ao ingresso no Serviço Público Municipal, declaro que todas as informações por mim preenchidas na Ficha de Informações Cadastrais, no Questionário Para Identificação de Indivíduos com Epilepsia e no Questionário Para Exame Médico Admissional, são verdadeiras, corretas e completas.

Declaro ter conhecimento de que qualquer fato informado incorretamente ou omissão cometida no preenchimento das respostas dos quesitos, poderá me imputar sanções legais ou penalidades jurídicas, já que fazem parte do conjunto de elementos que compõem a avaliação de meu estado de saúde.

Declaro estar ciente de que devo comparecer ao local indicado para perícia pré-admissional com antecedência mínima de 15 minutos.

Declaro estar ciente da data e horário do exame pré-admissional, sendo que o não comparecimento na data e horário agendados portando **todos** os exames indicados no edital implicará em comunicação oficial de ausência e resultará na imediata desclassificação do(a) candidato(a).

Data: ___/___/___.

Assinatura do Candidato

INFORMAÇÕES CADASTRAIS**1. DADOS DO PROCESSO DE SELEÇÃO:**

Nº DO EDITAL DE ABERTURA	Nº DO EDITAL DE CONVOCAÇÃO:	CARGO:
TRABALHA OU TRABALHOU NA PREFEITURA MUNICIPAL DE LONDRINA (PML)?		FUNÇÃO:
<input type="checkbox"/> SIM, COMO ESTATUTÁRIO. MATRÍCULA Nº. _____		CANDIDATO PORTADOR DE DEFICIÊNCIA:
<input type="checkbox"/> SIM, COMO CELETISTA/ TERCEIRIZADO <input type="checkbox"/> NÃO		

2. DADOS PESSOAIS:

NOME COMPLETO		DATA DE NASCIMENTO:	
RG (Nº e Estado Expedidor): [anexar cópia]	CPF: [anexar cópia]	SEXO: <input type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMININO	
ENDEREÇO [anexar cópia do comprovante de endereço]:		Nº:	COMPLEMENTO
BAIRO	CEP	MUNICÍPIO / UF ATUAL:	
TELEFONES PARA CONTATO [Fixo e celular]		NATURAL DA CIDADE DE:	ESTADO CIVIL:
E-MAIL:			
NOME DA MÃE:			
NOME DO PAI:			



QUESTIONÁRIO MÉDICO PARA IDENTIFICAÇÃO DE INDIVÍDUOS COM EPILEPSIA - CONFIDENCIAL
Assinale a resposta para as perguntas apresentadas a seguir.

Perguntas relacionadas a própria saúde		SIM	NÃO
01	Você tem ou teve crises (ataques, acesso, convulsão) na qual perde a consciência e cai subitamente? E na sua família, alguém tem?	()	()
02	Você tem ou teve crises em que perde o contato com a realidade (meio) e fica como se estivesse fora do ar? E na sua família, alguém tem?	()	()
03	Você tem ou teve crises na qual tem repuxões incontroláveis em braços, pernas, na boca ou vira a cabeça para o lado? E na sua família, alguém tem?	()	()
04	Você tem ou teve crises de desmaio e que ao acordar nota que fez xixi ou cocô na roupa sem perceber? E na sua família, alguém tem?	()	()
05	Você tem ou teve crises na qual sente sensação ruim de "fundeza" ou bola na "boca do estômago" e que sobe até a garganta e em seguida sai fora do ar, e depois dizem que você ficou mexendo em algo com as mãos ou mastigando ou olhando para algo distante? E na sua família, alguém tem essas crises?	()	()
06	Algum médico ou profissional de saúde ou mesmo familiares já lhe disse que você tem ou teve convulsão febril na infância; ou durante alguma doença grave qualquer? E na sua família, alguém teve este problema?	()	()
07	Você tem rápidos abalos tipo "choque" nos braços (as coisas caem da mão) ou pernas, com ou sem queda, principalmente pela manhã?	()	()
08	Há alguém na sua família com epilepsia?	()	()
Declaro que todas as informações acima são verdadeiras e por elas assumo inteira responsabilidade, nos termos da lei.			
Nome legível do candidato: _____			
Assinatura: _____ Londrina, ____ / ____ / ____.			

QUESTIONÁRIO PARA EXAME MÉDICO PRÉ- ADMISSIONAL CONFIDENCIAL

Assinale a resposta para as perguntas apresentadas a seguir. Se tiver dúvidas, deixe a resposta em branco e pergunte ao médico na ocasião da sua perícia.

Perguntas relacionadas a própria saúde		SIM	NÃO	NÃO SEI
01	Usa óculos por indicação médica?	()	()	()
02	Tem dificuldade para enxergar?	()	()	()
03	Tem ou já teve alguma inflamação ou doença em seus olhos?	()	()	()
04	Tem sua audição diminuída em um ou ambos os ouvidos?	()	()	()
05	Teve alguma doença nos ouvidos (infecções, zumbidos, etc.)?	()	()	()
06	Tem dores de cabeça frequentes?	()	()	()
07	Tem ou teve tonturas?	()	()	()
08	Ficou alguma vez "sem sentido" (desmaiou)?	()	()	()
09	Teve alguma parte do corpo paralisada?	()	()	()
10	Sua pele tem alguma anormalidade?	()	()	()
11	Sua pele tem alguma doença crônica?	()	()	()
12	Tem alergias ou intolerâncias (alimentos, fatores ambientais, substâncias, etc.)	()	()	()
13	Tossiu ou cuspiu sangue alguma vez?	()	()	()
14	Tem ou teve alguma doença pulmonar (do pulmão)?	()	()	()
15	Sente falta de ar?	()	()	()
16	Tem pressão alta / hipertensão arterial?	()	()	()
17	Seu coração, às vezes, bate mais rápido ou teve alguma doença do coração?	()	()	()
Nome legível do candidato:		Rubrica:		



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE LONDRINA
Secretaria Municipal de Recursos Humanos
Diretoria de Saúde Ocupacional
ANEXO I – EDITAL Nº 093/2021-DDH/SMRH

Perguntas relacionada a própria saúde		SIM	NÃO	NÃO SEI
18	Possui alguma deficiência, limitação ou deformidade física?	()	()	()
Se sim, quais?				
19	Tem tido inchaço (edema) nas pernas?	()	()	()
20	Tem ou teve problemas de hemorroidas ou varizes?	()	()	()
21	Seus dentes necessitam de tratamento?	()	()	()
22	Tem problemas intestinais ou estomacais?	()	()	()
23	Eliminou sangue nas suas fezes?	()	()	()
24	Sua pele já ficou totalmente amarelada (icterícia)?	()	()	()
25	Tem ou teve algum problema de rins ou bexiga?	()	()	()
26	Perdeu alguma vez sangue ou proteínas pela urina?	()	()	()
27	Tem ou teve doenças sexualmente transmissíveis?	()	()	()
28	Tem dores ou outros problemas na sua coluna vertebral?	()	()	()
29	Tem habitualmente dores nas juntas?	()	()	()
30	As suas juntas as vezes ficam inchadas?	()	()	()
31	Engordou ou emagreceu mais de 5 quilos nos últimos 6 meses?	()	()	()
32	Tem ou já teve problemas com peso inadequado?	()	()	()
33	Foi tratado(a) de algum câncer ou tumor?	()	()	()
34	Foi operado(a)? (fez alguma cirurgia) – inclusive cesárea.	()	()	()
Se sim, qual?				
35	Teve alguma ferida séria?	()	()	()
36	Sofreu algum acidente em que se machucou?	()	()	()
37	Quebrou, trincou ou deslocou algum osso?	()	()	()
38	Faz ou fez uso de cigarro? (mesmo eventual)	()	()	()
39	Faz ou fez uso de bebidas alcoólicas? (mesmo eventual)	()	()	()
40	Faz ou já fez uso de outras drogas? (mesmo eventual)	()	()	()
41	Tem ou teve insônia ou dificuldade para dormir?	()	()	()
42	Tem se sentido muito nervoso(a)?	()	()	()
43	Já fez ou está fazendo acompanhamento psiquiátrico ou psicológico?	()	()	()
44	Faz ou já fez uso de medicações calmantes, para dormir, para ansiedade ou depressão?	()	()	()
45	Tem intranquilidade no lar?	()	()	()
46	Esteve internado em hospital/Clínicas?	()	()	()
47	Já recebeu transfusões sanguíneas?	()	()	()
48	No momento está fazendo algum tratamento médico?	()	()	()
Se sim, qual?				
49	Faz ou tem feito uso habitual de algum medicamento?	()	()	()
Se sim, qual?				
50	Faz atividades físicas, esportivas e/ou de lazer?	()	()	()
Se sim, quais e com que frequência?				
51	Tem ou teve algum distúrbio da voz ou rouquidão? Fez ou faz tratamento?	()	()	()
52	Esteve em consulta médica nos últimos 12 meses?	()	()	()
Quais especialidades?				
53	Faz acompanhamento médico regular?	()	()	()
Se sim, quais e/ou por quê?				
Você é ou foi portador de alguma das doenças abaixo:		SIM	NÃO	NÃO SEI
54	Colesterol alto?	()	()	()
55	Doença cardíaca / do coração?	()	()	()
56	Asma?	()	()	()
57	Rinite?	()	()	()
58	Tuberculose?	()	()	()
59	Bronquite?	()	()	()
60	Doenças do fígado (hepatite, cirrose ou outras)?	()	()	()
61	Refluxo gastroesofágico ou gastrite?	()	()	()
62	Algum tipo de hérnia?	()	()	()
63	Doença do pâncreas?	()	()	()
64	Diabetes / açúcar alto no sangue?	()	()	()
65	Doença dos Rins (cálculos, infecções, cólica, etc.)?	()	()	()
Nome legível do candidato:		Rubrica:		



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE LONDRINA
Secretaria Municipal de Recursos Humanos
Diretoria de Saúde Ocupacional
ANEXO I – EDITAL Nº 093/2021-DDH/SMRH

Você é ou foi portador de alguma das doenças abaixo:		SIM	NÃO	NÃO SEI				
66	Reumatismo?	()	()	()				
67	Tendinite e/ou bursite?	()	()	()				
68	Lúpus e/ou psoríase?	()	()	()				
69	Doença de Parkinson?	()	()	()				
70	Esquizofrenia?	()	()	()				
71	Problemas hormonais (tireoide, entre outros)?	()	()	()				
72	Doenças do sangue e/ou da coagulação?	()	()	()				
73	Outras doenças não mencionadas?	()	()	()				
Se sim, quais?								
Antecedentes Familiares – Seus familiares diretos têm ou tiveram alguma das doenças abaixo:								
Doença	Sim	Não	Parentesco	Doença	Sim	Não	Parentesco	
74	Diabetes	()	()		81	Cardiopatía	()	()
75	Hipertensão	()	()		82	Câncer	()	()
76	Distúrbio mental	()	()		83	Surdez	()	()
77	Alcoolismo	()	()		84	Tuberculose	()	()
78	Asma	()	()		85	Alergia	()	()
79	Parkinson	()	()		86	Artrose/Artrite	()	()
80	Esquizofrenia	()	()		87	AVC / derrame	()	()
Perguntas relacionadas aos antecedentes ocupacionais					SIM	NÃO	NÃO SEI	
88	Já trabalhou em local insalubre?	()	()	()				
89	Já sofreu algum acidente de trabalho?	()	()	()				
90	Já sofreu alguma doença do trabalho ou doença profissional?	()	()	()				
91	Já esteve afastado(a) por doença relacionada ao trabalho?	()	()	()				
Se sim, quando, por qual doença e por quanto tempo?								
92	Já esteve submetido a riscos ocupacionais (ruído, prod. Químico, biológicos)?	()	()	()				
Se sim, quais?								
93	Já recebeu adicional de insalubridade ou periculosidade?	()	()	()				
Por quê?								
94	Usava equipamentos de proteção?	()	()	()				
Se sim, quais?								
95	Quais foram os seus últimos dois vínculos empregatícios	Função		Tempo				
Último:								
Penúltimo:								
96	A seu ver, tem alguma condição de saúde que o impeça ou faça restrições ao exercício do seu cargo? Qual?							
97	Há alguma outra informação sobre sua saúde atual ou passada que julgue importante?							
Declaro que todas as informações acima são verdadeiras e por elas assumo inteira responsabilidade, nos termos da lei.								
Nome legível do candidato: _____								
Assinatura: _____ Londrina, ____/____/____.								