PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE LONDRINA
Secretaria Municipal de Recursos Humanos
Diretoria de Saúde Ocupacional
Avenida Duque de Caxias, 333, Londrina-PR
Fone: (43) 3372-4392
E-mail: pericias.rh@londrina.pr.gov.br

PERÍCIA PRÉ-ADMISSIONAL

MÉDICA:

Dia ____/____/_____ as ____h____ min.

MULTIPROFISSIONAL:

Dia ____/____/_____ as ____h____ min.

ANEXO I - FICHA DE INFORMAÇÕES PARA EXAME PRÉ-ADMISSIONAL

(O formulário deve ser impresso preferencialmente em frente e verso e preenchido com letra legível)

I - TERMO DE RESPONSABILIDADE

Eu, _____, portador do CPF n.º _____ e RG n.º _____, estado expedidor _____, candidato(a) ao ingresso no Serviço Público Municipal de Londrina:

- **Declaro** estar ciente de que esta **FICHA DE INFORMAÇÕES PARA EXAME PRÉ-ADMISSIONAL** é composta por 4 (quatro) partes identificadas da seguinte forma: **I** – TERMO DE RESPONSABILIDADE; **II** – INFORMAÇÕES CADASTRAIS; **III** - QUESTIONÁRIO MÉDICO PARA IDENTIFICAÇÃO DE INDIVÍDUOS COM EPILEPSIA; e **IV** - QUESTIONÁRIO MÉDICO GERAL.
- **Declaro** que as informações por mim preenchidas em cada uma das partes (de I a IV) da **FICHA DE INFORMAÇÕES PARA EXAME PRÉ-ADMISSIONAL**, são verdadeiras, corretas e completas;
- **Declaro** ter conhecimento de que qualquer informação preenchida incorretamente ou omitida no preenchimento da **FICHA DE INFORMAÇÕES PARA EXAME PRÉ-ADMISSIONAL**, poderá me imputar sanções legais e/ou penalidades administrativas e/ou jurídicas, já que fazem parte do conjunto de elementos que compõem a avaliação de meu estado de saúde e que embasarão a decisão médico-pericial acerca da minha aptidão ou não para o cargo pretendido;
- **Declaro** estar ciente de que o não comparecimento na **data e horário** previamente agendados portando **todos** os documentos, avaliações e exames contantes na Portaria Municipal indicada no edital de convocação do certame, para o meu cargo/função, sexo, idade e condição de saúde, implicará na minha desclassificação do certame;

_____ _____, _____/_____/_____
Assinatura do Candidato Local e data

II - INFORMAÇÕES CADASTRAIS

1. DADOS RELATIVOS AO PROCESSO DE SELEÇÃO:

Nº DO EDITAL DE ABERTURA	**Nº DO EDITAL DE CONVOCAÇÃO:**	**CARGO:**
CANDIDATO PORTADOR DE DEFICIÊNCIA: ( ) SIM NÃO ( )		**FUNÇÃO:**
TRABALHA OU TRABALHOU NA PREFEITURA MUNICIPAL DE LONDRINA? ( ) NÃO **( ) SIM, COMO ESTATUTÁRIO. MATRÍCULA Nº.:_____** **( ) SIM, COMO CELETISTA/PSS/ TERCEIRIZADO. MATRICULA Nº.: _____**		

2. DADOS PESSOAIS:

NOME COMPLETO (SEM ABREVIAÇÕES) _____			**DATA DE NASCIMENTO:** _____
IDADE: _____	**ESTADO CIVIL:** _____	**SEXO: ( ) MASCULINO ( ) FEMININO**	
ENDEREÇO ATUAL [anexar cópia do comprovante de endereço]**:** _____		**Nº:** _____	**COMPLEMENTO** _____
BAIRRO: _____	**CEP:** _____	**MUNICÍPIO / UF:**_____	
TELEFONES PARA CONTATO [Fixo e celular] _____		**NATURAL DA CIDADE DE:** _____	
E-MAIL: _____			
NOME DA MÃE:_____			
NOME DO PAI:_____			

III - QUESTIONÁRIO MÉDICO PARA IDENTIFICAÇÃO DE INDIVÍDUOS COM EPILEPSIA

Assinale a resposta para as perguntas apresentadas a seguir.

Perguntas relacionadas a própria saúde		SIM	NÃO
01	Alguma vez teve ataques com agitação dos braços ou pernas e que não conseguisse controlar?	( )	( )
02	Alguma vez teve ataques ou crises em que caísse e ficasse pálido(a)?	( )	( )
03	Alguma vez perdeu a consciência?	( )	( )
04	Alguma vez teve ataques ou crises em que caísse ao chão com perda de consciência?	( )	( )
05	Alguma vez teve ataques ou crises em que caísse e mordesse a língua?	( )	( )
06	Alguma vez teve ataques ou crises em que caísse e perdesse o controle da urina e/ou fezes?	( )	( )
07	Alguma vez teve breves ataques de agitação ou tremores num braço ou perna, ou na face?	( )	( )
08	Alguma vez teve ataques em que perdesse contacto com o a realidade e ficasse como se estivesse fora do ar ou sentisse cheiros anormais?	( )	( )
09	Alguma vez teve ataques ou crises em que alguém falou que você ficou mexendo em algo com as mãos ou mastigando ou olhando para algo distante?	( )	( )
10	Há alguém na sua família (parentes diretos) com epilepsia ou convulsão?	( )	( )
11	Alguma vez foi informado de que tem ou teve epilepsia ou convulsões/crises epilépticas?	( )	( )

IV - QUESTIONÁRIO MÉDICO GERAL

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	Tem dificuldade para enxergar ou usa óculos por indicação médica?	( )	( )	( )
02	Tem ou já teve alguma inflamação ou doença em seus olhos?	( )	( )	( )
03	Percebe sua audição diminuída em um ou ambos os ouvidos?	( )	( )	( )
04	Já fez algum exame dos ouvidos que tenha tido resultado alterado?	( )	( )	( )
05	Tem ou teve alguma doença nos ouvidos (infecções, zumbidos, etc.)?	( )	( )	( )
06	Tem dores de cabeça frequentes?	( )	( )	( )
07	Tem ou já teve tonturas?	( )	( )	( )
08	Ficou alguma vez “sem sentido” (desmaiou?)	( )	( )	( )
09	Já teve alguma parte do corpo paralisada?	( )	( )	( )
10	Sua pele tem alguma anormalidade ou doença crônica?	( )	( )	( )
11	Tem alergias/rinite ou intolerâncias? (alimentos, fatores ambientais, substâncias, etc.)	( )	( )	( )
12	Tossiu ou cuspiu sangue alguma vez?	( )	( )	( )
13	Tem ou já teve alguma doença do pulmão? (tuberculose, pneumonia ou outras)	( )	( )	( )
14	Tem ou já teve asma ou bronquite? (Inclusive na infância)	( )	( )	( )
15	Sente falta de ar?	( )	( )	( )
16	Tem ou já teve dor no peito?	( )	( )	( )
17	Tem ou já teve pressão alta / hipertensão arterial?	( )	( )	( )
18	Tem ou já teve alguma doença do coração? (Arritmia, batedeira, palpitação, sopro, etc.)	( )	( )	( )
19	Possui alguma deficiência? (física, auditiva, visual, mental, psicossocial, múltipla)	( )	( )	( )
Se sim, qual?				
20	Tem tido inchaço (edema) nas pernas?	( )	( )	( )
21	Tem ou já teve problemas de hemorroidas ou varizes?	( )	( )	( )
22	Está fazendo algum tratamento dentário (nos dentes)?	( )	( )	( )
23	Tem ou já teve problemas de estômago? (Refluxo, gastrite, etc.)	( )	( )	( )
24	Tem ou já teve problemas de intestino? Já eliminou sangue nas fezes?	( )	( )	( )
25	Sua pele já ficou totalmente amarelada (icterícia/amarelão)?	( )	( )	( )
26	Tem ou já teve alguma doença do fígado (hepatite, cirrose ou outras)?	( )	( )	( )
27	Tem ou já teve problema nos rins ou bexiga? (cálculos/pedras, infecções, cólica, etc.)?	( )	( )	( )
28	Alguma vez perdeu sangue ou proteínas pela urina?	( )	( )	( )
29	Tem ou já teve alguma doença sexualmente transmissível?	( )	( )	( )
30	Tem ou já teve dor ou outros problemas na coluna? (escoliose, cifose, hérnia, etc.)	( )	( )	( )
31	Tem ou já teve dor ou inchaço nas juntas? (mão, punho, cotovelo, ombro, joelho, etc.)	( )	( )	( )
32	Tem ou já teve problemas com peso inadequado? (sobrepeso, obesidade, baixo peso)	( )	( )	( )
33	Engordou ou emagreceu mais de 5 quilos nos últimos 6 meses?	( )	( )	( )
34	Já foi ou está sendo tratado(a) de algum câncer ou tumor?	( )	( )	( )

Nome legível do candidato:	**Rubrica:**

Perguntas relacionadas a própria saúde		SIM	NÃO	NÃO SEI
35	Já fez alguma cirurgia? (inclusive cesárea, cirurgias na infância, cirurgias estéticas, etc)	( )	( )	( )
Se sim, quais e em que ano?				
36	Teve alguma ferida séria/grave? (Úlceras, queimaduras, etc.)	( )	( )	( )
37	Sofreu algum acidente em que se machucou?	( )	( )	( )
38	Quebrou, trincou ou deslocou algum osso? (fratura, luxação, etc.)	( )	( )	( )
39	Faz ou já fez uso de cigarro comum ou eletrônico? (mesmo eventual)	( )	( )	( )
40	Faz ou já fez uso de bebidas alcoólicas? (mesmo eventual)	( )	( )	( )
41	Faz ou já fez uso de outras drogas? (mesmo eventual/recreativo)	( )	( )	( )
42	Tem ou já teve insônia ou dificuldade para dormir?	( )	( )	( )
43	Já se sentiu muito nervoso(a) ou ansioso(a) sem motivo aparente?	( )	( )	( )
44	Já teve crise de pânico ou ansiedade?	( )	( )	( )
45	Já fez ou está fazendo acompanhamento psiquiátrico ou psicológico?	( )	( )	( )
46	Faz ou já fez uso de medicações calmantes, para dormir, para ansiedade ou depressão?	( )	( )	( )
47	Já esteve internado em hospitais/clínicas?	( )	( )	( )
48	Já recebeu transfusões sanguíneas?	( )	( )	( )
49	Tem ou já teve algum distúrbio da voz ou rouquidão?	( )	( )	( )
50	Já fez ou está fazendo acompanhamento com otorrino ou fonoaudiólogo?	( )	( )	( )
51	Faz acompanhamento médico regular?	( )	( )	( )
Se sim, quais e/ou por quê?				
52	Faz uso habitual/contínuo de algum medicamento?	( )	( )	( )
Se sim, quais?				
53	Esteve em consulta médica nos últimos 12 meses?	( )	( )	( )
Quais especialidades?				
54	Faz algum acompanhamento especializado? (Fisioterapia, terapia ocupacional, etc.)	( )	( )	( )
Se sim, qual?				
55	Faz atividades físicas ou pratica algum esporte?	( )	( )	( )
Quais e com que frequência?				
56	Faz atividades manuais e/ou de lazer? (tricô, crochê, instrumentos musicais, etc.)	( )	( )	( )
Quais e com que frequência?				
Você é ou foi portador de alguma das doenças abaixo:		**SIM**	**NÃO**	**NÃO SEI**
57	Colesterol alto?	( )	( )	( )
58	Diabetes / açúcar alto no sangue?	( )	( )	( )
59	Problemas hormonais (tireoide, entre outros)?	( )	( )	( )
60	Infarto?	( )	( )	( )
61	AVC ou derrame?	( )	( )	( )
62	Algum tipo de hérnia?	( )	( )	( )
63	Tendinite e/ou bursite?	( )	( )	( )
64	Reumatismo e/ou artrite?	( )	( )	( )
65	Lúpus e/ou psoríase?	( )	( )	( )
66	Doença de Parkinson?	( )	( )	( )
67	Esquizofrenia?	( )	( )	( )
68	Doenças do sangue e/ou da coagulação? (anemia, trombose, etc.)	( )	( )	( )
69	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
70	Diabetes	( )	( )		**79**	Surdez	( )	( )	
71	Pressão alta	( )	( )		**80**	Tuberculose	( )	( )	
72	Distúrbio mental	( )	( )		**81**	Alergia	( )	( )	
73	Alcoolismo	( )	( )		**82**	Artrose/Artrite	( )	( )	
74	Asma	( )	( )		**83**	AVC / derrame	( )	( )	
75	Parkinson	( )	( )		**84**	Pai biológico vivo	( )	( )	( ) **Não sei**
76	Esquizofrenia	( )	( )		Causa e idade do óbito:				
77	Doença do coração	( )	( )		**85**	Mãe biológica viva	( )	( )	( ) **Não sei**
78	Câncer	( )	( )		Causa e idade do óbito:				

Nome legível do candidato:	**Rubrica:**

Perguntas relacionadas aos antecedentes ocupacionais (de trabalho)		**SIM**	**NÃO**	**NÃO SEI**
86	Já trabalhou exposto a risco ocupacional (ruído, produto químico, agentes biológicos)?	( )	( )	( )
Se sim, quais?				
87	Usava equipamentos de proteção?	( )	( )	( )
Se sim, quais?				
88	Já trabalhou em local insalubre ou perigoso?	( )	( )	( )
89	Já recebeu adicional de insalubridade ou periculosidade?	( )	( )	( )
Por quê?				
90	Já sofreu algum acidente de trabalho?	( )	( )	( )
91	Tem ou já teve alguma doença do trabalho ou doença profissional?	( )	( )	( )
92	Já perdeu dias de trabalho por doença relacionada ao trabalho?	( )	( )	( )
Se sim, quando, por qual doença e por quanto tempo?				

93	Quais foram os seus últimos empregos **com ou sem registro na carteira de trabalho**?	Função	Início Mês/Ano	Fim Mês/Ano

94	A seu ver, tem alguma condição de saúde que o impeça ou faça restrições ao exercício do seu cargo? Qual?
95	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:_____ **Local, data:**_____, ____/____/_____.