



SECRETARIA DO PLANEJAMENTO – SEPLAG  
COORDENADORIA DE PERICIA MÉDICA – COPEM  
FORMULÁRIO PADRÃO SOBRE ANTECEDENTES CLÍNICOS – CIRÚRGICOS

Informações sigilosas e confidenciais em caráter obrigatório, sujeito às penalidades da lei no caso de preenchimento invertido intencional – art. 299 do código penal – Decreto Lei 2848/48

**I – O (a) candidato (a) foi ou é portador (a) de:**

**1 – Doença infecto-contagiosa crônica com sintomas clínicos?**

Não  Sim. Qual? \_\_\_\_\_

**2 – Moléstia psiquiátrica/depressão por período maior ou igual a 06 (meses)/internação psiquiátrica?**

Não  Sim. Qual? \_\_\_\_\_

**3 – Patologia reumática crônica (reumatismo) com dor e inflamação articular?**

Não  Sim. Qual? \_\_\_\_\_

**4 – Disfonia vocal/larintite crônica/ alergia respiratória/ Rouquidão crônica?**

Não  Sim. Qual? \_\_\_\_\_

**5 – Anomalia congênita ou doença genética ou síndrome clínica com distúrbio psicomotor ou do aprendizado, retardado crescimento/desenvolvimento, paralisia cerebral ou má formação?**

Não  Sim. Qual? \_\_\_\_\_

**II – O (a) candidato (a) sofreu ou sofre de:**

**1 – Doença venérea de transmissão sexual (DST)?**

Não  Sim. Qual? \_\_\_\_\_

**2 – Cirurgia. Trauma ou sequela de traumatismo/fratura/paralisia?**

Não  Sim. Qual? \_\_\_\_\_

**3 – Internação hospitalar prévia, cesariana, cirurgia, trauma, doença?**

Não  Sim. Qual? \_\_\_\_\_

**4 – Hemorragia/ leucemia/ doença linfática/ anemia/ icterícia/ sangramento/ transfusão/ transplante?**

Não  Sim. Qual? \_\_\_\_\_

**5 – Tumor/ câncer/ displasia mamária/ nódulo/ cisto/ neoplasia maligna comprovada por punção-biopsia/ citologia/ exame anátomo-patológico?**

Não  Sim. Qual? \_\_\_\_\_

**6 – Angina/ arritmia/ isquemia/ dor precordial/ palpitação/ crise hipertensiva?**

Não  Sim. Qual? \_\_\_\_\_

**III – O (a) candidato (a) fez ou faz uso crônico de medicação?**

**1 – Anti-hipertensiva, analgésico, anti-inflamatório, hormônio, insulina, corticóide, digitálico, diurético, vasodilatador, antialérgico, quimioterapia, radioterapia, transfusão, antibiótico, broncodilatador, antiácido, reposição hormonal de estrógeno e progesterona, quimioterápico para tuberculose, hanseníase, Aids, câncer?**

Não  Sim. Qual? \_\_\_\_\_

**2 – Psicotrópica controlada: tranquilizante, antidepressivo, sonífero hipnótico, antipsicótico, narcótico, anticonvulsivante, estabilizador de humor, neuroléptico, lítio?**

Não  Sim. Qual? \_\_\_\_\_

**3 – O (a) candidato (a) necessitou ou necessita, o uso de prótese/ órtese/ marcapasso/ válvula cardíaca/ transplante/ by-pass arterial/ membro mecânico/ transfusão/ aparelhos ópticos e de audição/ revascularização miocárdica ou angioplastia/ ponte de safena?**

Não  Sim. Qual? \_\_\_\_\_

**4 – O (a) candidato (a) já foi impedido (a) de doar sangue por motivo de: sorologia positiva para qualquer infecção ou alcoolismo ou toxicomania ou insuficiência de órgão vital ou doença do sangue?**

Não  Sim. Qual? \_\_\_\_\_

Por ser verdade, firmo o documento.

Local/Data: Fortaleza, \_\_\_\_ / \_\_\_\_ /2022.

Assinatura: \_\_\_\_\_