



# 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 seqüela 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/dislplasia 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, digitálico, 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-passos / válvula cardíaca / transplante arterial / membro mecânico / transfusão / aparelho óptico 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: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

ASSINATURA