Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão
Secretaria de Recursos Humanos
Subsistema Integrado de Atenção a Saúde do Servidor - SIASS
SIASS – Universidade Federal do Amazonas

QUESTIONÁRIO PARA EXAME DE INVESTIDURA

CONFIDENCIAL

Deverá ser preenchido pelo candidato e entregue ao Perito Oficial no momento do exame clínico e todas as páginas assinadas.

Nome do candidato:
Assinatura:
Órgão:
Concurso:
Obs:
Marque nos parênteses correspondentes, as respostas às perguntas aqui formuladas. Em caso de dúvida, deixe a resposta em branco e pergunte ao Peito Oficial por ocasião do exame clínico.

	Sim	Não	Não sei
01- Tem sérias e freqüentes dores de cabeça?	( )	( )	
02- Tem se sentido muito nervoso(a)?	( )	( )	
03- Tem dormido mal?	( )	( )	
04- Os seus dentes necessitam de tratamento?	( )	( )	( )
05- Tem alguma alergia?	( )	( )	( )
06- Sua pele tem alguma anormalidade?	( )	( )	
07- Sua pele tem alguma doença crônica?	( )	( )	
08- Tossiu ou cuspiu sangue?	( )	( )	
09- Teve alguma doença pulmonar?	( )	( )	
10- Sente falta de ar?	( )	( )	
11- Tem pressão alta?	( )	( )	
12- Seu coração, às vezes, bate mais rápido, teve alguma doença do coração?	( )	( )	
13- Tem problemas intestinais ou estomacais?	( )	( )	
14- Eliminou sangue nas suas fezes?	( )	( )	
15- Sua pele já ficou totalmente amarelada (icterícia)?	( )	( )	
16- Tem habitualmente dores nas juntas?	( )	( )	
17- As suas juntas habitualmente incham?	( )	( )	
18- Tem tido inchação (edema) nas pernas?	( )	( )	
19- Tem dores ou outros problemas na sua coluna vertebral?	( )	( )	
20- Teve alguma parte do corpo paralisada?	( )	( )	

Nome do candidato:

Assinatura:

	Sim	Não	Não sei
21- Ficou alguma vez “sem sentido”(desmaiou?)	( )	( )	
22- Teve convulsões?	( )	( )	
23- Perdeu alguma vez sangue ou albumina pela urina?	( )	( )	
24- Teve algum problema de rins ou bexiga?	( )	( )	
25- Teve doenças venéreas?	( )	( )	
26- Alguém da família é diabético?	( )	( )	( )
27- Foi tratado(a) de algum tumor?	( )	( )	
28- Engordou ou emagreceu mais de cinco quilos durante o tratamento?	( )	( )	
29- Foi operado(a)?	( )	( )	
30-Teve/tem alguma ferida que não cicatriza?	( )	( )	
31- Acidentou-se fora do trabalho?	( )	( )	
32- Teve acidente no trabalho? Se positivo, informe quando e o descreva.	( )	( )	

_____
_____
_____
_____

33- Vacinou-se durante o tratamento do acidente?	( )	( )	
34- Teve ou tem alguma doença profissional? Se positivo,especificar:	( )	( )	

_____
_____

35- Fuma?	( )	( )	
36- Fuma além de vinte cigarros em vinte e quatro horas?	( )	( )	
37- Usa habitualmente bebida alcoólica?	( )	( )	
38- Tem, ultimamente, aumentado a dose diária de bebida alcoólica?	( )	( )	
39- Tem intranqüilidade no lar?	( )	( )	
40- Está insatisfeito com seu cargo que exerce/exerceu?	( )	( )	
41- Acha seu trabalho cansativo?	( )	( )	
42- Tem faltado muito ao trabalho por doença?	( )	( )	
43- Já teve ou está tendo assistência psiquiátrica ou psicológica?	( )	( )	
44- Usa alguma medicação psiquiátrica atualmente? Relacionar no quesito 53.	( )	( )	
45- Há ou houve na sua família algum membro em tratamento psiquiátrico ou psicológico?	( )	( )	( )
46- Caso afirmativo, houve necessidade de internação?	( )	( )	

47- Qual foi a sua ocupação anterior?

_____
_____.

Nome do candidato:

Assinatura:

	Sim	Não
48- Tem feito uso habitual de algum medicamento? Especificar: _____ _____.	( )	( )
49- No momento está fazendo algum tratamento médico? Especificar: _____ _____	( )	( )
50- Tem alguma condição de saúde que, a seu ver, impeça ou faça restrições ao exercício do seu cargo? Se positivo, qual? _____ _____	( )	( )

51-Há alguma outra informação sobre sua saúde atual ou passada que julgue importante?
Qual?
_____
_____
_____
_____

52- Considerando as respostas aos quesitos anteriores, julga-se APTO(A) a exercer o cargo na localidade para onde fez o concurso?
( ) ( ) ( )

53- Existe em algum dependente legal doença que impeça o exercício do seu cargo na localidade para onde fez o concurso? Se sim, especificar: ( ) ( )
_____
_____
_____

Nome do candidato:

Assinatura:

54- Descreva quais doenças você foi acometido(a) no passado e quais você é hoje portador(a):

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

Declaro sob as penas da Lei, que as informações prestadas são verdadeiras e estou ciente que em caso de falsidade ideológica ficarei sujeito as sanções prescritas no Código Penal e as demais cominações legais aplicáveis.

Manaus, ____,_____,_____.

Obs: O presente formulário deverá ser impresso em frente e verso.