

ANEXO I
FORMULÁRIO PARA EXAME ADMISSIONAL
- A SER PREENCHIDO POR MÉDICO NÃO PERTENCENTE À SCPMSO/SEPLAG -
IDENTIFICAÇÃO DO INTERESSADO:

NOME: _____

CPF _____

CARGO: _____

CONCLUSÃO MÉDICA:

CONSIDERANDO O CARGO PRETENDIDO, O (A) CANDIDATO (A) ESTÁ:

Apto ao exercício das atribuições do cargo, nos termos da legislação vigente.

Considerações que o médico assistente entender importantes:

Local e data

Assinatura do Médico
Carimbo ou descrição do CRM

ANEXO II

QUESTIONÁRIO DE ANTECEDENTES CLÍNICOS

NOME: _____

CPF: _____ RG: _____

SEXO: F M

IDADE: _____ CARGO: _____ MASP (se tiver): _____

01 - Informar sobre os sintomas ou alterações abaixo relacionadas:

SINTOMAS/ ALTERAÇÕES	SIM	NÃO
Dor no peito		
Alterações na voz		
Distúrbios do sono		
Variações no peso		
Problemas de pele		
Distúrbio visual		
Dor abdominal		
Escarro com sangue		
Inchaço nas pernas		
Distúrbios de audição		
Problemas digestivos		
Problemas para urinar		
Alteração de apetite		
Prisão de ventre		
Diarreias		
Dificuldade para engolir		
Alterações no volume e na frequência da urina		
Dificuldades frequentes no trabalho		
Dificuldades no relacionamento familiar		
Dificuldades no relacionamento interpessoal		
Nervosismo		
Pressão alta		
Falta de ar		
Tosse		
Suor noturno		
Dor nas articulações		
Dor na coluna		
Ansiedade		
Tristeza		
Desconfiança		

2 - Outros problemas que não estão relacionados

01 – Faz uso de medicação de uso contínuo ou controlado?

() Não () Sim. Quais? (Citar todos, inclusive a dosagem).

02 – Faz, ou já fez, algum controle médico específico (oncológico, cardiológico, neurológico, endocrinológico, pneumológico, outro)? () Não () Sim. Qual(is)? _____

03 – Já sofreu internação hospitalar (por doença, cirurgia ou outro procedimento)?

() Não () Sim. Qual(is)? _____

04 – Já sofreu alguma fratura? () Não () Sim. Tipo(s)?

05 - Já se afastou do trabalho por motivo de ordem médica em qualquer instância (municipal, estadual ou INSS)?

() Não () Sim. Qual? Por quais períodos? Por quais motivos? _____

06 - Apresenta ou já apresentou problema de audição ou visão?

() Não () Sim. Qual(is)? _____

07 – É tabagista?() Não () Sim. Cigarros/dia? .Há quanto tempo? _____

08 – É etilista (consome bebida alcoólica)? () Não () Sim. Quantidade: Frequência: _____

09 – Apresenta ou já apresentou doença psiquiátrica (Depressão, Ansiedade, esgotamento nervoso, tentativas de suicídio ou quaisquer outras)?

() Não () Sim. Qual(is)? _____

10 – Apresenta ou já apresentou doença relacionada à voz (disfonia, laringite crônica, rouquidão crônica ou outra)?

() Não () Sim. Qual(is)? _____

11 – Apresenta ou já apresentou alergia respiratória (Asma, Bronquite, Rinite alérgica ou outra) ou a medicamentos?

() Não () Sim. Qual(is)? _____

12 – Apresenta ou já apresentou alguma doença infecto contagiosa?

() Não () Sim. Qual(is)? _____

13 – Apresenta ou já apresentou dores ou doenças osteomusculares (por exemplo: fibromialgia, artroses, artrites, etc.)?

() Não () Sim. Qual(is)? _____

14 – Apresenta ou já apresentou alguma doença que não foi mencionada acima?

() Não () Sim. Qual(is)? _____

Declaro, estar ciente do disposto no art. 299, do Código Penal Brasileiro e, sob as penas da lei, serem verdadeiras as informações acima prestadas, responsabilizando-me por qualquer dado inverídico.

Local e data

Assinatura do declarante

ANEXO III
DECLARAÇÃO

Eu, _____, portador(a) do CPF
_____ declaro pela opção nos termos do artigo 2º da Resolução Conjunta
SEE/SEPLAG nº Nº 10.529, DE 11 DE FEVEREIRO DE 2022, da apresentação do exame médico pré-
admissional emitido pela Superintendência Central de Perícia Médica e Saúde Ocupacional da
Secretaria de Estado de Planejamento e Gestão (SCPMSO/SEPLAG).

Declaro, ainda, que estou ciente dos prazos estipulados nos §§1º e 3º do artigo 3º, bem como das
penalidades previstas nos §§ 2º e 4º do citado artigo.

Local e Data

Assinatura do (a) declarante