



**ESTADO DO PARANÁ**  
**Secretaria de Estado da Segurança Pública**  
**Comissão do Concurso de Delegado de Polícia**  
**Edital 001/2013**

**ANEXO II DO EDITAL Nº 59/2014**  
**FICHA DE INFORMAÇÕES MÉDICAS**

**ATENÇÃO !!! Leia antes de começar a responder**

**As informações prestadas nesta ficha fazem parte integrante do Concurso Público, são de inteira responsabilidade do candidato e devem ser fornecidas com autenticidade. A Divisão de Medicina e Saúde Ocupacional, ao proceder a avaliação do contido nesta Ficha e fundada em critérios médicos, poderá exigir do candidato exames complementares hábeis a esclarecer as informações ora aqui prestadas.**

NOME: \_\_\_\_\_

Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_. Sexo: ( ) Masc. ( ) Fem. Estado Civil: \_\_\_\_\_

Naturalidade: \_\_\_\_\_

Cargo : \_\_\_\_\_

Endereço/telefone: \_\_\_\_\_

**1. Antecedentes Clínicos/Cirúrgicos (Assinale com X em todos os itens e especifique abaixo)**

1. Doenças do Coração	( ) SIM	( ) NÃO	12. Fez ou faz Tratamento Psiquiátrico	( ) SIM	( ) NÃO
2. Pressão Alta	( ) SIM	( ) NÃO	13. Fez ou faz Tratamento Psicológico	( ) SIM	( ) NÃO
3. Doenças do pulmão	( ) SIM	( ) NÃO	14. Doenças da Audição/Ouvidos/Labirintites	( ) SIM	( ) NÃO
4. Asma/Bronquite/Rinite	( ) SIM	( ) NÃO	15. Doenças da Visão/Olhos	( ) SIM	( ) NÃO
5. Alergias	( ) SIM	( ) NÃO	16. Diabetes	( ) SIM	( ) NÃO
6. Doenças do Fígado	( ) SIM	( ) NÃO	17. Doenças do Estômago / Intestinos	( ) SIM	( ) NÃO
7. Doenças do Rim	( ) SIM	( ) NÃO	18. Já fez Tratamento de Fraturas	( ) SIM	( ) NÃO
8. Tumores	( ) SIM	( ) NÃO	19. Submeteu-se a alguma Cirurgia	( ) SIM	( ) NÃO
9. Doenças Reumáticas/artrose/osteoporose	( ) SIM	( ) NÃO	20. Esteve Internado nos últimos 2 anos	( ) SIM	( ) NÃO
10. Convulsões / Desmaios	( ) SIM	( ) NÃO	21. Possui algum problema congênito (de nascença)	( ) SIM	( ) NÃO
11. Doenças Neurológicas	( ) SIM	( ) NÃO	22. Doenças da Pele	( ) SIM	( ) NÃO
23. Já fez ou faz Tratamento da Coluna Cervical, Dorsal, Lombar, Ombros, Cotovelos, Joelhos, Punhos ou Hérnia de Disco?			( ) SIM	( ) NÃO	
24. Apresenta alguma Doença Óssea ou Neuromuscular que limite a atividade laboral?			( ) SIM	( ) NÃO	
25. Já fez ou faz Tratamento de Úlceras Varicosas ou Trombose de Membros Inferiores?			( ) SIM	( ) NÃO	
26. Encontra-se em LICENÇA MÉDICA no Paraná ou outro Estado (INSS ou outro Órgão Pericial Oficial)?			( ) SIM	( ) NÃO	

**ATENÇÃO !!! SE QUALQUER DAS RESPOSTAS DO QUESTIONÁRIO ACIMA FOR "SIM", ESCLAREÇA ABAIXO:**

ITEM	ESPECIFIQUE (mencionar data do episódio, o tratamento na época e qual a situação atual)



**ESTADO DO PARANÁ**  
**Secretaria de Estado da Segurança Pública**  
**Comissão do Concurso de Delegado de Polícia**  
**Edital 001/2013**


**2. Condições e Hábitos de Vida: (Assinale com X em todos os itens e especifique, se for o caso)**

			ESPECIFICAR (se for o caso)
1. Fuma	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	
2. Pratica esportes	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	
3. Alimenta-se bem	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	
4. Mora em residência com água e esgoto	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	
5. Faz uso de algum medicamento de forma contínua?	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	

**3. Antecedentes de Doenças na Família (Pai, mãe, irmãos):**

			ESPECIFIQUE
1. Pressão alta	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	
2. Doenças do coração	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	
3. Reumatismo	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	
4. Diabete	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	
5. Doenças do pulmão	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	
6. Doenças cerebrais	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	

**4. Houve alguma modificação no seu estado de saúde nos últimos anos?**  SIM  NÃO

**Qual modificação e quando aconteceu?**

---

---

**5. Apresenta no momento alguma impossibilidade de assumir de forma plena o cargo ou função a que está se propondo?**

SIM

NÃO



**ESTADO DO PARANÁ**  
**Secretaria de Estado da Segurança Pública**  
**Comissão do Concurso de Delegado de Polícia**  
**Edital 001/2013**

Especifique: \_\_\_\_\_

---

---

---

---

6. Já possuí outro cargo Público além deste que está assumindo?      ( ) SIM      ( ) NÃO

Caso a resposta seja positiva, especificar (qual é o cargo e qual a esfera de atuação se municipal, federal ou estadual):

---

---

7. Declaro serem verdadeiras as informações acima prestadas, comprometendo-me a submeter-me aos exames clínicos e laboratoriais que venham a ser solicitados, a partir desta data, pela Secretaria de Estado da Administração, através da Divisão de Medicina e Saúde Ocupacional, para comprovação ou elucidação do afirmado na presente declaração, bem como estou ciente que posso ser responsabilizado nas esferas administrativa, civil e criminal pela incorreção de qualquer uma das informações prestadas.

Local: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
(Assinatura do Candidato)