

**Secretaria de Estado da Segurança Pública e
Administração Penitenciária
Comissão do Concurso do Edital 001/2013**

**ANEXO I - DO EDITAL Nº 94/2016
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 Rím	() 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)
------	---

**Secretaria de Estado da Segurança Pública e
Administração Penitenciária
Comissão do Concurso do 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)