



SECRETARIA MUNICIPAL DE GESTÃO PÚBLICA

Diretoria de Gestão de Saúde Ocupacional

Rua Cláudio Manoel da Costa, 199 – Jd. Lago Parque.

Londrina - Paraná -

Fone: (43) 3371-4900 / 3371-4901 - FAX (43) 3371-4920

E-mail: medicina.trabalho@londrina.pr.gov.br

ANEXO VIII

FOLHA 1

FICHA DE INFORMAÇÃO PARA EXAME PRÉ-ADMISSÃO

(O formulário deve ser impresso em frente e verso)

1. DADOS DO CONCURSO:

Nº. DO EDITAL DE ABERTURA: 097/2014-GPQS/AGTES/AMS	Nº. DO EDITAL DE CONVOCAÇÃO: 119/2014- GPQS/DGTES/AMS	TÍTULO DO CARGO: AGENTE DE SAÚDE PÚBLICA
TRABALHA OU TRABALHOU NA PREFEITURA MUNICIPAL DE LONDRINA (PML)?		CANDIDATO PORTADOR DE DEFICIÊNCIA:
<input type="checkbox"/> SIM, COMO ESTATUTÁRIO. MATRÍCULA Nº. : _____		<input type="checkbox"/> SIM NÃO <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> SIM, COMO CELETISTA/ TERCEIRIZADO <input type="checkbox"/> NÃO		

2. DADOS PESSOAIS

NOME COMPLETO		
RG (Nº e Estado Expedidor):	CPF (Nº e Estado Expedidor):	DATA DE NASCIMENTO:
ENDEREÇO:		CEP:
_____ Nº. _____		
COMPLEMENTO:	BAIRRO:	TELEFONE / CELULAR:
MUNICÍPIO / UF ATUAL:	NATURAL DA CIDADE DE:	ESTADO CIVIL:
NOME DO PAI:	SEXO:	
NOME DA MÃE:	<input type="checkbox"/> MASCULINO	
	<input type="checkbox"/> FEMININO	
FUNÇÃO A EXERCER:	SECRETARIA:	

2. INFORMAÇÕES RELACIONADAS À SAÚDE DO CANDIDATO

FAZ ATIVIDADES/ESPORTES DE LAZER? QUAL (S)?	FREQUENCIA:		
	ALTA () MEDIA () BAIXA () NENHUMA()		
DOIS ÚLTIMOS VÍNCULOS EMPREGATÍCIOS	FUNÇÃO:	TEMPO:	
Último			
Penúltimo			
ESTAVA SUBMETIDO A ALGUM RISCO (RUIDO, PROD. QUÍMICO, BIOLÓGICO)?	USAVA EPI? (QUAIS)?		
JÁ TEVE DOENÇA PROFISSIONAL/ ACIDENTE DE TRABALHO? (QUAIS)?			
JÁ ESTEVE AFASTADO(A) POR DOENÇA REALACIONADO AO TRABALHO? (QUANTO TEMPO)?			

ANEXO VIII
FOLHA 2

3. SOFREU OU SOFRE DE ALGUMA DOENÇA ABAIXO? (MARQUE SIM OU NÃO)

	SIM	NÃO		SIM	NÃO
Alergias (rinite, remédios prod. Químicos):			Reumatismo, dor nos membros (braços, pernas)		
Problemas respiratórios (asma, bronquite, sinusite)			Problemas da coluna (lombalgia, desvios)		
Falta de ar, tuberculose			Fraturas, luxações, osteomielite		
Pressão alta			Possui algum defeito físico		
Problemas cardíacos (angina, palpitações, sopro)			Doenças da pele		
Varizes, hemorróidas			Problemas hormonais (tireóide)		
Problemas digestivos (úlceras, gastrite, intestino)			Diabetes (açúcar no sangue)		
Doenças do fígado (hepatite, cirrose)			Doenças do sangue (anemia)		
Hérnias, tumores			Problemas de visão (enxergar)		
Doenças renais (nefrite, cálculos, infecção)			Problema de audição (escutar)		
Doenças sexualmente transmissíveis (venérea)			Infecção ou zumbido no ouvido		
Dor de cabeça frequente, tonturas			Tabagismo (fuma) etilismo (bebidas alcoólicas)		
Desmaios, convulsões			Uso de outras drogas (mesmo eventual)		
Problemas psicológicos ou psiquiátricos			Limitação para o trabalho		
Faz uso regular de medicamentos?			Quais:		
Outras doenças não mencionadas?			Quais:		
Esteve internado em hospital/Clinicas?			Por que:		
Já se submeteu a alguma cirurgia?			De que:		

4. APENAS PARA AS PESSOAS DO SEXO FEMININO

Data da última menstruação ____/____/20____.	Tem cólica Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Muito fortes? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Obriga a ficar de cama? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
() Não menstruo	Motivo:		

5. TERMO DE RESPONSABILIDADE

Declaro que nada omiti em relação ao estado de saúde, sendo completas e verdadeiras as informações prestadas, assumindo total responsabilidade por elas.

Londrina, ____/____/2014.

Assinatura do Candidato (a)

OBS. : _____