



ESTADO DO MARANHÃO  
PREFEITURA MUNICIPAL DE AÇAILÂNDIA  
Av. Santa Luzia, S/N, Parque das Nações  
CNPJ/MF: 07.000.268/0001-72

## GABINETE DO PREFEITO

### HISTÓRICO DE SAÚDE DO CANDIDATO

#### 1 – DADOS DO CONCURSO

Nº DO EDITAL DE ABERTURA:	Nº DO EDITAL DE CONVOCAÇÃO:	CARGO:
TRABALHA OU TRABALHOU NA PREFEITURA MUNICIPAL DE AÇAILÂNDIA?  ( ) SIM, COMO ESTATUTÁRIO ( ) SIM, COMO CELETISTA / TERCEIRIZADO ( ) NÃO		CANDIDATO PORTADOR DE DEFICIÊNCIA:  ( ) SIM ( ) NÃO

#### 2 – DADOS PESSOAIS

NOME COMPLETO:		
RG Nº:	CPF Nº:	DATA DE NASCIMENTO:
ENDEREÇO:  Nº		CEP.:
COMPLEMENTO:	BAIRRO:	TELEFONE / CELULAR:
MUNICÍPIO/UF:	NATURAL DA CIDADE DE:	ESTADO CIVIL:
NOME DO PAI:		SEXO: ( ) MASCULINO ( ) FEMININO
NOME DA MÃE:		

#### 3 – INFORMAÇÕES RELACIONADAS À SAÚDE DO CANDIDATO

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



ESTADO DO MARANHÃO  
PREFEITURA MUNICIPAL DE AÇAILÂNDIA  
Av. Santa Luzia, S/N, Parque das Nações  
CNPJ/MF: 07.000.268/0001-72

## GABINETE DO PREFEITO

### 4 – SOFREU OU SOFRE DE ALGUMA DOENÇA ABAIXO? (MARQUE SIM OU NÃO)

DOENÇAS	SIM	NÃO	DOENÇAS	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, hemorroidas			Problemas hormonais (tireoide)		
Problemas digestivos (úlceras, gastrite, intestino)			Diabetes		
Doenças do fígado (hepatite, cirrose)			Doenças do sangue (anemia)		
Hérnias, tumores			Problemas de visão		
Doenças renais (nefrite, cálculos, infecções)			Problemas de audição		
Doenças sexualmente transmissíveis			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?					
Esteve internado em hospitais/Clínicas?			Por quê?		
Já se submeteu a alguma cirurgia?			De que?		

### 5 – APENAS PARA AS PESSOAS DO SEXO FEMININO

Data da última menstruação ____/____/____	Tem cólica ( ) Sim ( ) Não	Muito Forte? ( ) Sim ( ) Não	Obriga a ficar de cama? ( ) Sim ( ) Não
--	-------------------------------	---------------------------------	--

### 6 – TERMO DE RESPONSABILIDADE

Declaro não haver omissão em relação ao estado de saúde, sendo completas e verdadeiras as informações prestadas assumindo total responsabilidade por elas.

Açailândia, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

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

Obs.:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---