



DEPARTAMENTO DE PERÍCIA MÉDICA E SAÚDE DO TRABALHADOR – DMEST

Apresentação para Exame Médico-Pericial de Ingresso

É obrigatório e de inteira responsabilidade do CANDIDATO o preenchimento de todos os campos deste documento.

O PREENCHIMENTO DEVERÁ SER MANUAL

NOME DO ÓRGÃO EMITENTE	SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
------------------------	---------------------------------

IDENTIFICAÇÃO	NOME			
	NOME DE SOLTEIRA (Se diferente do nome atual)			
	CPF		DATA DE NASCIMENTO	
	IDENTIDADE Nº	ÓRGÃO EMISSOR	UF	TELEFONE / CELULAR
	NOME DA MÃE			
	FORMA DE INGRESSO	<input type="checkbox"/> CONCURSO <input type="checkbox"/> CARGO EM COMISSÃO <input type="checkbox"/> CONTRATO TEMPORÁRIO		
		INGRESSO PARA VAGA COM DEFICIÊNCIA		
	DATA PUBLICAÇÃO DA NOMEAÇÃO/ADMISSÃO		IDENTIFICAÇÃO FUNCIONAL	
	JÁ TRABALHOU EM ALGUM ÓRGÃO PÚBLICO ESTADUAL? <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM			
	SE AFIRMATIVO, INFORME QUAL: _____			

DECLARAÇÃO DE SAÚDE

Possui alguma doença?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim
Está fazendo algum tratamento médico?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim
Se afirmativo, especifique: _____	
Está recebendo algum pecúlio e ou benefício previdenciário ?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim
Se afirmativo, especifique: _____	
Já sofreu acidente do trabalho ?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim
Possui doenças ocupacionais ou de trabalho ?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim
Há quanto tempo? _____ Especificar: _____	
Tem realizado exames preventivos periódicos ?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim
Citar, se é para alguma doença específica : _____	
Já esteve internado em algum hospital ?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim
Se afirmativo, informe o motivo: _____	

Já foi submetido a algum procedimento cirúrgico ?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim
Se afirmativo, especifique: _____	
Tem alguma indicação atual para cirurgia ?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim
Se afirmativo, especifique: _____	
Já foi submetido a tratamento para câncer ou está investigando esta possibilidade?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim
Se afirmativo, especifique a doença e a época: _____	
É portador de doença congenita ou hereditária ou deformidade física ?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim
Se afirmativo, especifique: _____	
Já foi submetido a tratamento com fisioterapia, radioterapia, quimioterapia ou outros tratamentos em períodos prolongados?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim
Se afirmativo, cite-os e informe os motivos: _____ _____	
Já fez ou está em tratamento psiquiátrico/psicológico ?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim
Há quanto tempo? _____ Especifique: _____	
Faz uso de medicação psiquiátrica?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim
Já fez ou faz uso de álcool ou drogas ?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim
Se afirmativo, especifique: _____	
Possui perda de audição ou tontura ?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim
Se afirmativo, especifique: _____	
Apresentou ou apresenta alteração da voz, rouquidão ou cansaço ao falar ?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim
Se afirmativo, especifique: _____	
Apresenta obstrução nasal, espirros, coriza ou prurido nasal ?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim
Se afirmativo, especifique: _____	
Tem prescrição de alguma medicação para uso contínuo?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim
Se afirmativo, qual: _____	
Outras observações que julga importante: _____ _____	

LOCAL E DATA

ASSINATURA
