ANEXO ÚNICO – QUESTIONÁRIO DE ANTECEDENTES CLÍNICOS
Formulário integral para preenchimento pelo candidato e avaliação médica.

PREFEITURA DE JUIZ DE FORA	**Questionário de Antecedentes Clínicos**

Nome: Nome (completo e sem abreviações):	CPF:	Tipo de vínculo: Temporário

Questionário:
(se a resposta for "Sim", complemente com o que se pede)

1. Já apresentou, ou apresenta algum tipo de doença?

( ) Sim ( ) Não. Descreva: _____

2. Já fez, ou faz uso contínuo de algum medicamento?

( ) Sim ( ) Não. Descreva: _____

3. Já fez, ou faz tratamento psiquiátrico e/ou psicológico?

( ) Sim ( ) Não. Quando: _____ Motivo: _____

4. Já apresentou, ou apresenta distúrbios da voz?

( ) Sim ( ) Não

5. Já apresentou, ou apresenta DORT (tendinites, sinovites, etc. em mmss ou mmii) ou patologia de coluna?

( ) Sim ( ) Não. Quando?: _____ Motivo: _____ Tratamento: _____

6. Já sofreu acidente de trabalho?

( ) Sim ( ) Não. Quando?: _____ Motivo: _____

7. Já esteve, ou está de licença médica pela casa do servidor?

( ) Sim ( ) Não. Quantos afastamentos no semestre?: _____ Quando?: _____ Motivo: _____

8. Já esteve, ou está em benefício pelo INSS?

( ) Sim ( ) Não. Quando? _____ Motivo: _____

9. Fuma?

( ) Sim ( ) Não. Quantos cigarros por dia? _____

10. Faz uso de bebida alcoólica?

( ) Sim ( ) Não. Quantidade: _____

11. Outras drogas?

( ) Sim ( ) Não. Quais? _____

12. Já apresentou, ou apresenta alergias?

( ) Sim ( ) Não. Quais? _____

13. Se mulher, informe a data da última menstruação:

_____

Resultado do exame médico

Após a avaliação médica o candidato foi considerado:

☐ Apto(a) para assumir função

☐ Inapto(a) para assumir função

Data:	Assinatura do candidato(a)	Assinatura e carimbo do médico(a)