



Prefeitura Municipal de Boa Vista  
 Secretaria Municipal de Administração e Gestão de Pessoas  
 Superintendência de Gestão de Pessoas  
 Departamento Serviço Especializado em Engenharia de Segurança,=  
 Medicina do Trabalho e Saúde Ocupacional



**Secretaria:** SECRETARIA MUNICIPAL DE GESTÃO SOCIAL-SEMGES

**Identificação:**

Nome (Sem abreviar):		
CPF:	Data de Nascimento:	
Estado Civil:	Município de Nascimento:	UF:
Escolaridade:	Formação:	Pós-Graduação:

Endereço:	Nº Residência:	Bairro:
Município:	Complemento:	CEP:
Telefone de Contato:	E-mail:	
Cargo Pleiteado:  <b>Assistente/Agente de Articulação</b>	Função/Competência do Cargo (Conforme o Edital): Atribuição do cargo: 1-Motivar a participação da comunidade nas ações a serem desenvolvidas pela prefeitura; 2-Participar de organização e divulgação de campanhas educativas, informativas e culturais; 3-Organizar eventos e reuniões da prefeitura; 4-Selecionar clientela para os projetos sociais da prefeitura; 5-Efetuar visitas domiciliares para definição de demandas que são encaminhadas aos projetos sociais da prefeitura; 6-Levar à comunidade conhecimento de todos os programas e projetos sociais; 7-Mobilizar representantes e comunidade para reuniões e eventos, a fim de prestar contas das ações que já foram realizadas e que ainda serão desenvolvidas nos bairros; 8-Orientar os representantes para que os mesmos possam contribuir no repasse das informações à comunidade; 9-Executar outras atividades correlatas ao cargo.	

Possui Vínculo Com Serviço Público: ( ) SIM ( ) NÃO		
Secretaria:	Setor de Lotação:	Telefone:
Cargo (01):	Matrícula (01):	
Cargo (02):	Matrícula (02):	
Vínculo Funcional: ( ) Estatutário ( ) Cargo Comissionado ( ) Celetista/Seletivado		
Possui Outros Vínculos (Privado): ( ) SIM ( ) NÃO		
Está no Exercício de suas Funções? ( ) SIM ( ) NÃO		



Rua General Penha Brasil, 1.011 – São Francisco – Palácio 9 de Julho  
 Fone (095) 98402-9752 – CEP 69.305-130 – Boa Vista – Roraima  
[www.boavista.rr.gov.br](http://www.boavista.rr.gov.br)

VERIFIQUE A AUTENTICIDADE DESTES DOCUMENTOS EM:  
<http://portalcidadao.prefeitura.boavista.br/verificacao.aspx> INFORMANDO O CÓDIGO: 1960001



Prefeitura Municipal de Boa Vista  
 Secretaria Municipal de Administração e Gestão de Pessoas  
 Superintendência de Gestão de Pessoas  
 Departamento Serviço Especializado em Engenharia de Segurança, =  
 Medicina do Trabalho e Saúde Ocupacional



#### ORIENTAÇÕES GERAIS AO CANDIDATO APROVADO EM CONCURSO PÚBLICO:

- SENDO DE SEU CONHECIMENTO, INFORMAR O MÉDICO PERITO SE É PORTADOR OU SOFREDOR DE DOENÇAS OU LESÕES PREEEXISTENTES;
- O FORMULÁRIO DEVERÁ SER CORRETA E TOTALMENTE PREENCHIDO. A OMISSÃO OU OCULTAÇÃO DE INFORMAÇÕES, QUE SEJAM DE CONHECIMENTO DO CANDIDATO APROVADO EM CONCURSO, PODERÁ CARACTERIZAR FRAUDE, COM AS CONSEQUÊNCIAS PREVISTAS EM LEI;
- HAVENDO DÚVIDA SOBRE O PREENCHIMENTO DE CAMPOS ESPECÍFICOS DESTE FORMULÁRIO, DEIXAR EM BRANCO E ESCLARECER NA AVALIAÇÃO COM O MÉDICO PERITO.
- O MÉDICO PERITO PODERÁ SOLICITAR PARECER ESPECIALIZADO E EXAMES COMPLEMENTARES, SE NECESSÁRIO;
- DURANTE O ESTÁGIO PROBATÓRIO O AVALIADO PODERÁ SER CONVOCADO PARA NOVA AVALIAÇÃO PERICIAL.

#### ANTECEDENTES FAMILIARES

Qualquer de seus familiares direto de pai e mãe, como irmãos, filhos, tios(as), avós mesmo falecidos tem ou tiveram algumas das doenças abaixo:

ASSINALE	PARENTESCO	SIM	NÃO	ASSINALE	PARENTESCO	SIM	NÃO
01. TUBERCULOSE				05. ASMA			
02. DIABETE				06. SURDEZ			
03. DOENÇA DO CORAÇÃO E PRESSÃO ALTA				07. DOENÇA MENTAL			
04. CÂNCER							

#### ANTECEDENTES PESSOAIS

	SIM	NÃO		SIM	NÃO
08. DOENÇAS DO CORAÇÃO/PRESSÃO ALTA/INFARTO			16. OTITE CRÔNICA/ZUMBIDOS		
09. DOR NO PEITO/PALPITAÇÕES			17. INSÔNIA		
10. ASMA, BRONQUITE/RINITE, SINUSITE			18. ESTRESSE		
11. TOSSE CRÔNICA			19. FRATURA COM SEQUELAS		
12. DOENÇAS RENAIAS			20. CONVULSÕES		
13. DOENÇAS DO FIGADO (HEPATITE, CIRROSE, ETC.)			21. CONSIDERA-SE PORTADOR DE NECESSIDADES ESPECIAIS		
14. DIABETES			22. FAZ USO DE MEDICAMENTOS CONTROLADOS?		
15. DOENÇAS NO ESTÔMAGO (ULCERA, GASTRITE, ETC)			23. FAZ USO REGULAR DE OUTRO MEDICAMENTO?		

#### ANTECEDENTES PESSOAIS

	SIM	NÃO		SIM	NÃO
24. RESFRIADOS REPETITIVOS			28. PRATICA ESPORTE COM FREQUÊNCIA?		



Rua General Penha Brasil, 1.011 – São Francisco – Palácio 9 de Julho  
 Fone (095) 98402-9752 – CEP 69.305-130 – Boa Vista – Roraima  
[www.boavista.rr.gov.br](http://www.boavista.rr.gov.br)

VERIFIQUE A AUTENTICIDADE DESTE DOCUMENTO EM:

<http://portalcidadao.prefeitura.boavista.br/verificacao.aspx> INFORMANDO O CÓDIGO: 1960001



Prefeitura Municipal de Boa Vista  
 Secretaria Municipal de Administração e Gestão de Pessoas  
 Superintendência de Gestão de Pessoas  
 Departamento Serviço Especializado em Engenharia de Segurança,=  
 Medicina do Trabalho e Saúde Ocupacional



25. PERDA DE VISÃO (TOTAL, PARCIAL, ETC.)			29. É ALÉRGICO A ALGUM PRODUTO DE LIMPEZA/FAXINA? QUAL?		
26. PERDA DE AUDIÇÃO (TOTAL, PARCIAL, ETC.)			30. É ALÉRGICO A ALGUM TIPO DE MEDICAMENTO? QUAL?		
27. JÁ ESTEVE INTERNADO ALGUMA VEZ					

<b>ANTECEDENTES OCUPACIONAIS</b>	<b>SIM</b>	<b>NÃO / NÃO SE APLICA</b>
31. SUA CONDIÇÃO DE SAÚDE ATUAL EXIGE ALGUMA LIMITAÇÃO PARA SEU TRABALHO?		
32. JÁ ESTEVE AFASTADO PELO INSS?		
33. JÁ SOFREU ALGUM ACIDENTE EM TRABALHOS ANTERIORES		
34. CASO POSITIVO FOI EMITIDA (C.A.T) COMUNICAÇÃO DE ACIDENTE DE TRABALHO?		
35. CASO POSITIVO, VOCÊ FICOU COM ALGUMA SEQUELA DO ACIDENTE DE TRABALHO		
36. PODE EXECUTAR TAREFAS PESADAS, DENTRO DO SEU LIMITE DE TOLERÂNCIA?		
37. RECEBEU INDENIZAÇÃO POR ACIDENTE DE TRABALHO?		
38. JÁ APRESENTOU ALGUMA SEQUELA: COMO DOENÇA RELACIONADA DO TRABALHO? DOENÇA OCUPACIONAL?		
39. JÁ ESTEVE AFASTADO DO TRABALHO POR PERÍODO SUPERIOR A 15 (QUINZE) DIAS POR ACIDENTE OU DOENÇA ADQUIRIDA NO SEU TRABALHO, CASO A REPOSTA SEJA SIM, DESCREVA-O. _____		
40. JÁ EXERCEU ALGUM TRABALHO QUE EXIGIA USO DE EPI (EQUIPAMENTO DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL)?		
41. APESENTOU ALGUM PROBLEMA COM USO DO EPI (EQUIPAMENTO DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL)?		
42. JÁ SE SUBMETEU A ALGUM EXAME COMPLEMENTAR EM TRABALHO ANTERIOR COMO: AUDIMETRIA, RX DE TÓRAX, ACUIDADE VISUAL, SANGUE, URINA, FEZES ETC?		
43. DE FORMA RESUMIDA, RELATE SUAS EXPERIÊNCIAS PROFISSIONAIS.		
44. POSSUI ALGUMA QUALIFICAÇÃO? SE SIM, DESCREVA.		



Rua General Penha Brasil, 1.011 – São Francisco – Palácio 9 de Julho  
 Fone (095) 98402-9752 – CEP 69.305-130 – Boa Vista – Roraima  
[www.boavista.rr.gov.br](http://www.boavista.rr.gov.br)

VERIFIQUE A AUTENTICIDADE DESTES DOCUMENTOS EM:  
<http://portalcidadao.prefeitura.boavista.br/verificacao.aspx> INFORMANDO O CÓDIGO: 1960001



**Prefeitura Municipal de Boa Vista**  
**Secretaria Municipal de Administração e Gestão de Pessoas**  
**Superintendência de Gestão de Pessoas**  
 Departamento Serviço Especializado em Engenharia de Segurança,=  
 Medicina do Trabalho e Saúde Ocupacional



DECLARO PARA TODOS OS FINS DE DIREITO, SEREM AS INFORMAÇÕES PRESTADAS ACIMA VERDADEIRAS. E QUE ESTOU CIENTE DOS RESULTADOS DOS EXAMES E DO PARECER MÉDICO, BEM COMO QUE AUTORIZO O USO DE VERIFICAÇÃO DE PRONTUÁRIOS MÉDICOS, FICHAS MÉDICAS E OUTROS DOCUMENTOS PARA FINS MÉDICO LEGAIS.	
DATA:  / /	ASSINATURA DO CANDIDATO APROVADO EM CONCURSO PÚBLICO

Rua General Penha Brasil, 1.011 – São Francisco – Palácio 9 de Julho  
 Fone (095) 98402-9752 – CEP 69.305-130 – Boa Vista – Roraima  
[www.boavista.rr.gov.br](http://www.boavista.rr.gov.br)

VERIFIQUE A AUTENCIDADE DESTES DOCUMENTOS EM:

<http://portalcidadao.prefeitura.boavista.br/verificacao.aspx> INFORMANDO O CÓDIGO: 1960001





Prefeitura Municipal de Boa Vista  
Secretaria Municipal de Administração e Gestão de Pessoas  
Superintendência de Gestão de Pessoas  
Departamento Serviço Especializado em Engenharia de Segurança,=  
Medicina do Trabalho e Saúde Ocupacional



## HISTÓRICO DE SAÚDE OCUPACIONAL E EXAME FÍSICO

AVALIAÇÃO PERICIAL - MÉDICA (APRESENTADO O PARECER E/OU EXAME)

APTO

INAPTO

DATA E LOCAL

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO

ASSINATURA DO SERVIDOR



Rua General Penha Brasil, 1.011 – São Francisco – Palácio 9 de Julho  
Fone (095) 98402-9752 – CEP 69.305-130 – Boa Vista – Roraima  
[www.boavista.rr.gov.br](http://www.boavista.rr.gov.br)

VERIFIQUE A AUTENTICIDADE DESTES DOCUMENTOS EM:

<http://portalcidadao.prefeitura.boavista.br/verificacao.aspx> INFORMANDO O CÓDIGO: 1960001