





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



Vínculo Funcional: ( ) Estatutário ( ) Cargo Comissionado ( ) Celetista/Seletivado
Possui Outros Vínculos (Privado): ( ) SIM ( ) NÃO
Está no Exercício de suas Funções? ( ) SIM ( ) NÃO

#### 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 PREENSISTENTES;
- 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 DESTES 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		



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

VERIFIQUE A AUTENTICIDADE DESTES DOCUMENTO EM:

<http://portalcidadao.prefeitura.boavista.br/verificacao.aspx> INFORMANDO O CÓDIGO: 1960012



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



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?		
<b>ANTECEDENTES PESSOAIS</b>					
		<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>		<b>SIM</b>
					<b>NÃO</b>
24. RESFRIADOS REPETITIVOS			28. PRATICA ESPORTE COM FREQUÊNCIA?		
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. _____		



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: 1960012



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



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.		
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	





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**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

