



Secretaria: SECRETARIA MUNICIPAL DA EDUCAÇÃO E CULTURA – SMEC

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: Analista – Grupo Especial/Assistente Social	Função/Competência do Cargo (Conforme o Edital): Atribuição do cargo: 1-Desempenhar suas atividades profissionais, com eficiência e responsabilidade, observando a Legislação em vigor; 2-Realizar visitas, perícias técnicas, laudos, estudo de caso, informações e pareceres no âmbito do Serviço Social; 3-Realizar estudos socioeconômicos para identificação de demandas e necessidades sociais; 4-Organizar os procedimentos e realizar atendimentos individuais e/ou coletivos nos programas, projetos e serviços no âmbito municipal; 5-Prestar orientação social a indivíduos e grupos de diferentes segmentos com vistas à ampliação do acesso dos indivíduos e da coletividade aos direitos sociais; 6-Planejar, organizar e administrar programas e projetos em Unidade de Serviço Social; 7-Planejar, organizar e administrar benefícios e Serviços Sociais; 8-Encaminhar providências, e prestar orientação social a indivíduos, grupos e à população; 9-Participar de comissões e outras reuniões específicas de Serviço Social; 10-Executar outras atividades correlatas ao cargo.	



Possui Vínculo Com Serviço Público: () SIM () NÃO		
Secretaria:	Sector 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		

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 PREEXISTENTES;
- 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?		
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						

ANTECEDENTES OCUPACIONAIS		SIM	NÃO / NÃO SE APLICA
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.		
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	



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
