



Secretaria: SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE – SMSA

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/ FARMACÊUTICO	Função/Competência do Cargo (Conforme o Edital): Atribuição do cargo: 1-Responder técnica e legalmente pela farmácia das unidades de saúde, desempenhando, supervisionando e coordenando as atividades que lhe são inerentes no âmbito da Assistência Farmacêutica; 2-Acolher, orientar e prestar informações aos usuários e outros profissionais acerca do uso correto e racional de medicamentos e insumos complementares; 3-Fazer a gestão de estoque dos produtos farmacêuticos, químicos e biológicos; Selecionar, programar, distribuir e dispensar medicamentos e insumos complementares, com garantia da qualidade dos produtos e serviços; 4- Participar, em conjunto com outros profissionais de saúde, de atividades de planejamento, avaliação, acompanhamento e capacitação relacionadas as ações de saúde e programas municipais de saúde; 5-Avaliar de forma permanente as condições existentes para o armazenamento, distribuição e dispensação de medicamentos insumos complementares, realizando os encaminhamentos necessários para atender a legislação sanitária vigente; 6-Zelar pela manutenção e ordem dos materiais, equipamentos e locais de trabalho; 7- Realizar demais atividades inerentes a função.	

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
