



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 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:	<p>Função/Competência do Cargo (Conforme o Edital): Atribuição do cargo:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1-Realizar diagnóstico com a finalidade de obter o perfil epidemiológico para o planejamento e a programação em saúde bucal; 2-Realizar a atenção a saúde em saúde bucal (promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, acompanhamento, reabilitação e manutenção da saúde) individual e coletiva a todas as famílias, a indivíduos e a grupos específicos, de acordo com planejamento da equipe, com resolutividade; 3-Realizar os procedimentos clínicos da Atenção Básica em saúde bucal, incluindo atendimento das urgências, pequenas cirurgias ambulatoriais e procedimentos relacionados com a fase clínica da instalação de próteses dentárias elementares; 4-Realizar atividades programadas e de atenção à demanda espontânea; 5-Coordenar e participar de ações coletivas voltadas à promoção da saúde e à prevenção de doenças bucais; 6-Acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde bucal com os demais membros da equipe, buscando aproximar e integrar ações de saúde de forma multidisciplinar; 7-Realizar supervisão técnica do Técnico em Saúde Bucal; 8-Participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da Unidade de Trabalho; 9-Zelar pela manutenção e ordem dos materiais, equipamentos e locais de trabalho; 10-Executar outras atividades correlatas ao cargo.
<p>ANALISTA/ CIRURGIÃO DENTISTA</p>	





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

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/Selecionado		
Possui Outros Vínculos (Privado): () SIM () NÃO		
Está no exercício de suas funções: () Sim () Não - Caso negativo informar motivo: _____		
Está de Licença Maternidade: () Sim () Não – Se positivo informar: Início:_____ Término:_____		

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		

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 DESTE DOCUMENTO EM:

<http://portalcidadao.prefeitura.boavista.br/verificacao.aspx> INFORMANDO O CÓDIGO: EFBC8DA





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

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
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-		





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

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	





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

