



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):</p> <p>Atribuição do cargo:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1-Auxiliar o médico e/ou enfermeiro, no atendimento aos pacientes; 2-Realizar serviços de higienização ou preparação dos pacientes para exames ou atos cirúrgicos; 3-Cumprir as prescrições médicas e de enfermagem relativas aos pacientes; 4-Zelar pela limpeza, conservação e assepsia do material e instrumental destinado ao uso médico ou cirúrgico; 5-Providenciar a desinfecção e/ou esterilização das salas cirúrgicas e instrumentais adequados às intervenções programadas; 6-Prestar aos pacientes, cuidados de enfermagem e de higiene, criando-lhes condições de conforto e de tranquilidade; 7-Observar e registrar sinais e sintomas apresentados pelos pacientes, para informação à autoridade superior; 8-Proceder à aplicação de oxigênio, nebulização, soro e outros fluídos terapêuticos prescritos; Manter atualizado o prontuário do paciente; 9-Verificar a temperatura e sinais vitais; 10-Fazer levantamentos gráficos correspondentes a pacientes; 11-Ministrar medicamentos prescritos, aplicar imunizantes, fazer curativos, realizar pesagens; 12- Aplicar vacinas e injeções; 13-Orientar os pacientes de ambulatórios ou internos a respeito das prescrições médicas que receberem; 14-Operar com aparelhos e equipamentos para fins de diagnósticos e outros destinados a auxiliar a recuperação do paciente; 15-Preparar o ambiente e dispor material necessário a exames e
------------------	--

**ASSISTENTE TÉCNICO/
TÉCNICO EM ENFERMAGEM**





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

	tratamentos; 16-Transportar pacientes cirúrgicos ou sob cuidados especiais; instrumentar as intervenções cirúrgicas; 17-Auxiliar em atos como imobilização de paciente, hemostasias de emergência e em casos de estado sincopal, convulsivo ou traumático, protegendo as funções vitais do paciente; 18-Auxiliar o paciente a alimentar-se ou, se necessário, administrar-lhe a alimentação, anotando as anomalias verificadas; 19-Zelar pela manutenção e ordem dos materiais, equipamentos e locais de trabalho; 20-Executar outras atividades correlatas ao cargo.
--	--

Possui Vínculo Com Serviço Público: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		
Secretaria:	Sector de Lotação:	Telefone:
Cargo (01):	Matrícula (01):	
Cargo (02):	Matrícula (02):	
Vínculo Funcional: <input type="checkbox"/> Estatutário <input type="checkbox"/> Cargo Comissionado <input type="checkbox"/> Celetista/Seletivado		
Possui Outros Vínculos (Privado): <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		
Está no exercício de suas funções: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não - Caso negativo informar motivo: _____		
Está de Licença Maternidade: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> 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 CHARACTERIZAR 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			





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

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?		





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

<p>32. JÁ ESTEVE AFASTADO PELO INSS?</p> <p>33. JÁ SOFREU ALGUM ACIDENTE EM TRABALHOS ANTERIORES</p> <p>34. CASO POSITIVO FOI EMITIDA (C.A.T) COMUNICAÇÃO DE ACIDENTE DE TRABALHO?</p>		
<p>35. CASO POSITIVO, VOCÊ FICOU COM ALGUMA SEQUELA DO ACIDENTE DE TRABALHO</p> <p>36. PODE EXECUTAR TAREFAS PESADAS, DENTRO DO SEU LIMITE DE TOLERÂNCIA?</p>		
<p>37. RECEBEU INDENIZAÇÃO POR ACIDENTE DE TRABALHO?</p> <p>38. JÁ APRESENTOU ALGUMA SEQUELA: COMO DOENÇA RELACIONADA DO TRABALHO? DOENÇA OCUPACIONAL?</p> <p>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. _____</p> <p>40. JÁ EXERCEU ALGUM TRABALHO QUE EXIGIA USO DE EPI (EQUIPAMENTO DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL)?</p> <p>41. APESENTOU ALGUM PROBLEMA COM USO DO EPI (EQUIPAMENTO DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL)?</p> <p>42. JÁ SE SUBMETEU A ALGUM EXAME COMPLEMENTAR EM TRABALHO ANTERIOR COMO: AUDIMETRIA, RX DE TÓRAX, ACUIDADE VISUAL, SANGUE, URINA, FEZES ETC?</p>		
<p>43. DE FORMA RESUMIDA, RELATE SUAS EXPERIÊNCIAS PROFISSIONAIS.</p>		
<p>44. POSSUI ALGUMA QUALIFICAÇÃO? SE SIM, DESCREVA.</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

--

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

