



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ

Secretaria do Planejamento e Gestão



PERÍCIA ADMISSIONAL

Nome _____ CPF _____
RG _____ Orgão _____ Cargo _____
Estado Civil _____ Sexo: () Masculino () Feminino - Nascido em ____ / ____ / ____
CEP _____ Cidade _____
Endereço: _____ Bairro _____
Telefone Fixo () _____ Celular () _____
Fortaleza - CE ____ / ____ / ____ Assinatura _____

FORMULÁRIO ANTECEDENTES CLÍNICO – CIRÚRGICOS

Informação sigilosa e confidencial em caráter obrigatório, sujeito às penalidades da lei no caso do preenchimento inverídico intencional – Art. 299 do código penal – Decreto-Lei 2848/40.

I – O candidato foi ou é portador de:

1. Doença infecto – contagiosa crônica com sintomas clínicos?
() Não () Sim. Qual? _____
2. Moléstia psiquiátrica/depressão por período maior ou igual a 06(seis) meses/ internação psiquiátrica?
() Não () Sim. Qual? _____
3. Patologia reumática crônica (reumatismo) com dor e inflamação articular?
() Não () Sim. Qual? _____
4. Disfonia vocal/laringite crônica/alergia respiratória/rouquidão crônica?
() Não () Sim. Qual? _____
5. Anomalia congênita ou doença genética ou síndrome clínica com distúrbio psicomotor ou do aprendizado do crescimento/ desenvolvimento, paralisia cerebral ou má-formação?
() Não () Sim. Qual? _____

II – O candidato sofreu ou sofre de:

1. Doença venérea de transmissão sexual (DST)?
() Não () Sim. Qual? _____
2. Cirurgia, trauma ou sequela de traumatismo/fratura/paralisia?
() Não () Sim. Qual? _____
3. Internação hospitalar prévia, cesariana, cirurgia, trauma, doença?
() Não () Sim. Qual? _____
4. Hemorragia/leucemia/doença linfática/anemia/icterícia/sangramento/transfusão
transplante? () Não () Sim. Qual? _____
5. Tumor/câncer/dislplasia mamária/nódulo/cisto/neoplasia maligna comprovada por punção biópsia ou
exame aná anatomopatológico?
() Não () Sim. Qual? _____
6. Angina/arritmia/isquemia/dor precordial/palpitação/crise hipertensiva?
() Não () Sim. Qual? _____

III – O candidato fez ou faz uso crônico de medicação:

1. Anti-hipertensiva, analgésico, anti-inflamatório, hormônio, insulina, corticoide, digitálico, diurético, anti-
alérgico, quimioterapia, radioterapia, transfusão, antibiótico, broncodilatador, anti-ácido, reposição
hormonal, estrógeno e progesterona, quimioterápico para tuberculose, hanseníase, AIDS, câncer?
() Não () Sim. Qual? _____
2. Psicotrópica controlada: tranquilizante, antidepressivo, sonífero hipnótico, anti-psicótico, narcóticos,
convulsivante, estabilizador do humor, neuroléptico, lítio?
() Não () Sim. Qual? _____

IV – O candidato necessitou ou necessita de uso de prótese / órtese / marca-passo / válvula cardíaca
/transplante arterial/ membro mecânico / transfusão / aparelhos ópticos e de audição / revascularização
miocárdio angioplastia/ ponte de safena? () Não () Sim. Qual? _____

V – O candidato já foi impedido de doar sangue por motivo de: sorologia positiva para qualquer infecção ou
toxicomania ou insuficiência de órgão vital ou doença do sangue?
() Não () Sim. Qual? _____

Por ser verdade, firmo o documento.

Local: _____

Data: ____ / ____ / ____