



Almirante Tamandaré

Prefeitura da Cidade

Secretaria Municipal de Saúde

QUESTIONÁRIO PARA EXAME PRÉ-ADMISSIONAL

NOME:		
DATA DE NASCIMENTO:	SEXO:	IDADE
RG:	CPF:	
ENDEREÇO:		
ESTADO CIVIL:	ESCOLARIDADE:	
CARGO /FUNÇÃO PRETENDIDA:		
E-MAIL:		
TELEFONE/CELULAR:		

PREENCHA DE FORMA CLARA E SINCERA AS ALTERNATIVAS ABAIXO:

ANTECEDENTES PESSOAIS

PESO:	ALTURA:
-------	---------

	SIM	NÃO		
VOCÊ TEM ALGUM PROBLEMA DE SAÚDE?			QUAL?	
FEZ OU ESTA FAZENDO ALGUM TRATAMENTO DE SAÚDE?			QUAL?	
FAZ USO DE MEDICAMENTOS?			QUAL?	
VOCÊ JÁ FEZ ALGUMA CIRURGIA?			QUAL?	QUANDO?
VOCÊ JÁ ESTEVE INTERNADO?			QUAL MOTIVO?	QUANDO?
POSSUI ALGUMA DEFICIÊNCIA?			QUAL?	
TEM ALGUMA ALERGIA?			QUAL?	

	SIM	NÃO		SIM	NÃO		SIM	NÃO
DOENÇAS DOS OLHOS?			TOSSE PROLONGADA?			INFECÇÕES URINÁRIAS?		
CIRURGIAS DOS OLHOS?			ENFISEMA?			PEDRA NO RIM / LITÍASE?		
ENXERGA BEM?			BRONQUITE?			PROBLEMAS NA PRÓSTATA?		
USA ÓCULOS OU LENTES?			ASMA?			HEMODIÁLISE?		
CATARATA?			DOENÇAS DO CORAÇÃO?			CIRURGIAS DO APARELHO URINÁRIO?		
GLAUCOMA?			INFARTO?			CIRURGIAS NA COLUNA?		
USA PRÓTESE DENTÁRIA?			PRESSÃO ALTA?			DOENÇAS DA BACIA?		
DISFUNÇÃO DE ATM?			ARRITMIA / PALPITAÇÃO?			DOENÇAS DOS JOELHOS?		
DOENÇAS DE OUVIDO?			CORAÇÃO GRANDE?			FRATURAS OU QUEBRADURAS?		
PERDA DE AUDIÇÃO / SURDEZ?			DORES NO PEITO?			TENDINITES?		
RINITE?			NÁUSEAS / VÔMITOS?			BURSITES?		
VERTIGEM / LABIRINTITE?			QUEIMAÇÃO NO ESTÔMAGO?			FIBROMIALGIA?		
SINUSITE?			DOR DE ESTÔMAGO?			REUMATISMO?		
DORES DE GARGANTA?			GASTRITE / ÚLCERA?			DORES NAS JUNTAS/ARTICULAÇÕES?		



Almirante Tamandaré

Prefeitura da Cidade

Secretaria Municipal de Saúde

CALOS EM CORDAS VOCAIS?			CIRROSE?			HÉRNIAS DE DISCO?		
FENDA EM CORDA VOCAL?			GORDURAS NO FÍGADO / ESTEATOSE?			DORES NA COLUNA?		
ROUQUIDÃO/ALTERAÇÕES DA VOZ?			PEDRAS NA VESÍCULA / LITÍASE?			ARTROSES / BICOS DE PAPAGAIO?		
ZUMBIDOS?			PANCREATITE?			DESVIOS NA COLUNA?		
APNÉIA DO SONO?			ICTERÍCIA / AMARELÃO?			ESPORÃO?		
DORES DE CABEÇA?			HEPATITE?			VARIZES?		
ENXAQUECAS?			PRISÃO DE VENTRE?			EDEMA/INCHAÇO NAS PERNAS?		
DESMAIOS?			CIRURGIA BARIÁTRICA?			TUBERCULOSE?		
TONTURAS?			HEMORRÓIDAS?			CAXUMBA?		
CRISES CONVULSIVAS?			DIVERTICULITE?			RUBÉOLA?		
DERRAME?			OUTRAS DOENÇAS GASTROINTESTINAIS?			SARAMPO?		
OUTRAS DOENÇAS NEUROLÓGICAS?			HÉRNIAS (UMBILICAL / INGUINAL)?			CATAPORA?		
NERVOSISMO?			AUMENTO DO COLESTEROL?			MENINGITE?		
ESTRESSE?			AUMENTO DOS TRIGLICÉRIDES?			PARALISIA INFANTIL?		
DEPRESSÃO?			DIABETES?			ALERGIAS?		
INSÔNIA?			OUTRAS DOENÇAS METABÓLICAS?			DERMATITES?		
PÂNICO?			INTOLERÂNCIA A LACTOSE?			ANEMIAS?		
OUTRAS DOENÇAS PSIQUIÁTRICAS?			HIPOGLICEMIA?			SANGRAMENTOS / HEMORRAGIAS?		
DOENÇAS DO PULMÃO?			PROBLEMAS DE TIREÓIDE?			CÂNCER?		
FALTA DE AR?			DOR AO URINAR?			DOENÇAS AUTOIMUNES?		

VACINAÇÃO

	SIM	NÃO	QUANDO?
DUPLA ADULTO (DIFTERIA E TÉTANO)			
HEPATITE B			
INFLUENZA (GRIPE)			
COVID 19			
TRIPLICE VIRAL (SARAMPO, CAXUMBA E RUBÉOLA)			
FEBRE AMARELA			
OUTRAS			

HÁBITOS DE VIDA

	SIM	NÃO		
VOCÊ BEBE?			QUANTO?	HÁ QUANTO TEMPO?
VOCÊ FUMA?			QUANTOS CIGARROS/DIA	HÁ QUANTO TEMPO?
VOCÊ USA OU USOU DROGAS?			QUAIS? QUANTO/DIA?	HÁ QUANTO TEMPO?
PIERCINGS?			ONDE?	
TATUAGENS?			ONDE?	



Almirante Tamandaré

Prefeitura da Cidade

Secretaria Municipal de Saúde

TEM ALGUM HOBBY?		QUAL?	
PRATICA ALGUM ESPORTE?		QUAL?	QUANTAS VEZES/SEMANA?

ANTECEDENTES PROFISSIONAIS

QUAL A IDADE EM QUE COMEÇOU A TRABALHAR?

DESCREVA ABAIXO SEUS TRABALHOS (MESMO INFORMAIS), FUNÇÃO, TEMPO DE SERVIÇO E RISCOS DE CADA UM:

EMPRESA	FUNÇÃO	TEMPO DE SERVIÇO	RISCOS (QUIMICO, FISICO OU BIOLOGICO)

	SIM	NÃO		
JÁ SE AFASTOU PELO INSS?			QUANDO?	QUAL O MOTIVO?
JÁ TEVE ALGUM ACIDENTE DE TRABALHO?			QUANDO?	QUAL?
JÁ TRABALHOU COM RUÍDO?			QUANDO?	
JÁ TRABALHOU COM QUÍMICOS?			QUANDO?	
JÁ TRABALHOU COM POEIRAS?			QUANDO?	
JÁ FOI READAPTADO/REABILITADO?			QUANDO?	QUAL O MOTIVO? EM QUAL POSTO?

APENAS PARA MULHERES

DATA DA ÚLTIMA MENSTRUACÃO:

	SIM	NÃO		
MENSTRUACÃO REGULADA?				
TEM CORRIMENTO?				
MIOMAS?				
NODULO / DOR NOS SEIOS?			QUAL?	QUANDO?
CIRURGIA GINECOLÓGICA?			QUAL?	QUANDO?
CISTOS OVARIANOS?				
JÁ ENGRAVIDOU?			QUANTAS VEZES?	
JÁ TEVE PARTO NORMAL?			QUANTOS?	QUANDO?
JÁ TEVE CESAREAS?			QUANTAS?	QUANDO?
ABORTOS?			QUANTOS?	QUANDO?
USA MÉTODO ANTICONCEPCIONAL?			QUAL?	

ANTECEDENTES FAMILIARES

DOENÇAS NA FAMÍLIA (PAIS, IRMÃOS, AVÓS E TIOS)



Almirante Tamandaré

Prefeitura da Cidade

Secretaria Municipal de Saúde

	SIM	NÃO	
DIABETES MELLITUS?			
INFARTO MIOCÁRDIO			
PRESSÃO ALTA			
DERRAME (AVC)			
CÂNCER			
HEPATITES			
DOENÇAS CONTAGIOSAS			
DOENÇAS GENÉTICAS			QUAL?
OUTRAS			QUAIS?

OBSERVAÇÕES DO CANDIDATO

“ DECLARO SER EXPRESSÃO DA VERDADE AS INFORMAÇÕES POR MIM PRESTADAS PARA ESTE QUESTIONÁRIO NÃO TENDO OMITIDO OU ALTERADO NENHUMA INFORMAÇÃO, SOB CONDIÇÃO DE SER PENALIZADO CONFORME LEGISLAÇÃO VIGENTE.”

DATA: _____

ASSINATURA DO CANDIDATO: