

FICHA DE INFORMAÇÕES PARA EXAME PRÉ-ADMISSINAL

1. DADOS PESSOAIS

Secretaria:		Função a exercer:	
Nome completo:			
RG (Nº e Estado Expedido):		CPF (Nº E Estado Expedidor):	Data de Nascimento:
Endereço:			CEP:
Complementar:		Bairro:	Nº de telefone para contato:
Natural da cidade de:		Estado Civil:	
Nome do pai:			
Nome da mãe:			

2. INFORMAÇÕES RELACIONADAS À SAÚDE DO CANDIDATO

Faz atividades/esportes de lazer? Qual(is)?		Com qual frequência: Alta () Média () Baixa () Nenhuma ()	
Dois últimos vínculos empregatícios		Função	Tempo
Último:			
Penúltimo:			
Estava submetido a algum risco: (ruído, Produtos químicos ou biológico) ?		Usava equipamento de proteção? (Quais)	
Já Teve doença profissional/acidente de trabalho? (Quais)?			
Já esteve afastado(a) por doença relacionada ao trabalho? (Quanto tempo)?			

Serviço Social – vyosilva

3. SOFRE OU SOFREU DE ALGUMA DOENÇA ABAIXO? (MARQUE SIM OU NÃO)

Descrição	Sim	Não	Descrição	Sim	Não
Tem ou teve doenças cardíacas, vasculares e/ou hipertensão arterial?			Sofre ou Sofreu de doença neurológica? Derrame cerebral ou outros?		
Tem ou teve varizes, hemorróidas?			Sofre ou sofreu de câncer? Tumoração e leucemia?		
Tem ou teve doenças de sangue e de pele?			Sofreu ou sofreu de alguma doença do aparelho urinário? Insuficiência renal e outros		
Tem ou teve doenças do aparelho digestivo?			Sofre ou sofreu algum distúrbio psiquiátrico?		
Sofre ou sofreu de úlcera?			Sofre ou sofreu algum distúrbio psicológico?		
Sofre ou sofreu diabetes?			Sofre ou sofreu doenças ginecológicas?		
Tem algum tratamento clínico ou cirúrgico programado?			Cisto de ovário, Endometriose, mioma, incontinência urinária		
Tem qualquer deficiência auditiva?			Sofre ou sofreu reumatismo? Reumatismo, artrite e outros		
Sofre ou sofreu de problemas ortopédicos? Escoliose, cifose, artrose, fratura ou hérnia de disco?			Tem qualquer deficiência visual?		
É ou foi portador de dependência química e fez ou faz tratamento?			Catarata, glaucoma e outros		
Sofre ou Sofreu de Hérnia de qualquer natureza?			Sofre ou sofreu tratamento de radioterapia?		
Tem ou Teve doença sexualmente transmissível (venérea)?			Faz uso habitual de algum medicamento?		
Faz uso permanente de medicamento, diálise ou hemodiálise?			É fumante?		
É portador de deficiência de órgãos ou sentidos?			Sofre ou sofreu alguma doença relacionada com o trabalho?		
Sofre ou Sofreu tratamento de quimioterapia?			Sofre ou sofreu de obesidade? Qual o seu peso? _____ altura? _____		
Tem ou teve sinusite e/ou alergia?			Sofre ou sofreu de alguma doença não relacionada acima que o tenha obrigado a internar-se ou submeter-se a algum tipo de exame ou tratamento?		
Sofre ou sofreu de alguma doença infecto-contagiosa? AIDS, Hepatite, chagas, tuberculose, meningite ou outros?			Esteve internado em hospital/clinicas?		
Sofre ou sofreu de doença respiratória? Enfisema, asma, bronquite, bronquite, pneumonia ou outros?			Já se submeteu a alguma cirurgia?		

4. TERMO DE RESPONSABILIDADE

Declaro que nada omiti em relação ao estado de saúde, sendo completas e verdadeiras as informações prestadas assumindo total responsabilidade por elas.

Rio Verde, ____ / ____ / ____

Assinatura do candidato(a)