

CONCURSO AO CURSO DE FORMAÇÃO DE SOLDADO – CFSD/14
SISTEMA MÉDICO PERICIAL

JUNTA MÉDICA DE SELEÇÃO

ANAMNESE DIRIGIDA
PARA SELEÇÃO DE PESSOAL

I – IDENTIFICAÇÃO

Concurso: _____ Inscrição: _____ Classificação: _____

Nome: _____

Data Nasc. ____/____/____ Sexo _____

Naturalidade _____

Estado Civil _____

Profissões Anteriores _____

Telefones _____

II – QUESTIONÁRIO

As perguntas de nº 01 a 18 referem-se a você e a de no 19 refere-se a seus familiares.

1. Teve ou tem alguma doença importante ou de tratamento prolongado? ☐ Sim ☐ Não.

Se positivo, especificar: _____

a) Já esteve internado? ☐ Sim ☐ Não.

Se positivo, especificar: _____

b) Fez ou faz algum tipo de tratamento? ☐ Sim ☐ Não.

Se positivo, especificar: _____

c) Usou ou usa algum medicamento regularmente? ☐ Sim ☐ Não.

Se positivo, especificar: _____

2. Algum médico já disse que você possui algum problema de coração e que só deveria realizar atividade física supervisionado por profissionais de saúde? ☐ Sim ☐ Não.

Se positivo, especificar: _____

3. Você sente ou já sentiu dor no peito quando pratica atividade física? ☐ Sim ☐ Não.

Se positivo, especificar: _____

4. Você apresenta desequilíbrio devido à tontura e/ou perda de consciência? ☐ **Sim** ☐ **Não.**

Se positivo, especificar: _____

5. Você possui problema ósseo ou articular? ☐ **Sim** ☐ **Não.**

Se positivo, especificar: _____

6. Você ultimamente toma algum medicamento para pressão arterial e/ou problema de coração?

☐ **Sim** ☐ **Não.**

Se positivo, especificar: _____

7. Sofreu ou sofre algum problema de audição ou visão? ☐ **Sim** ☐ **Não.**

Se positivo, especificar: _____

8. Já foi submetido a alguma cirurgia? ☐ **Sim** ☐ **Não.**

Se positivo, especificar: _____

9. Já foi submetido a cirurgia oftalmológica? ☐ **Sim** ☐ **Não.**

Se positivo, especificar: _____

10. Usa ou usou colírios rotineiramente ou faz ou já fez outro tipo de tratamento oftalmológico?

☐ **Sim** ☐ **Não.**

Se positivo, especificar: _____

11. Sofreu ou sofre problema alérgico, de pele, asma ou bronquite? ☐ **Sim** ☐ **Não.**

Se positivo, especificar: _____

12. Teve ou tem zumbidos, vertigens, otite ou qualquer problema auditivo? ☐ **Sim** ☐ **Não.**

Se positivo, especificar: _____

13. Usou arma de fogo ou trabalhou ou esteve exposto a ambiente com alto nível de ruído?

☐ **Sim** ☐ **Não.**

Se positivo, especificar: _____

14. Sofreu ou sofre problemas neurológicos, psiquiátricos, convulsões, meningites ou desmaios?

☐ **Sim** ☐ **Não.**

Se positivo, especificar: _____

15. Teve ou tem algum vício? (álcool, drogas, tabaco, outros)? ☐ Sim ☐ Não.

Se positivo, especificar: _____

16. Sabe de alguma outra razão pela qual você não deva realizar atividade física? ☐ Sim ☐ Não.

Se positivo, especificar: _____

17. Já foi candidato a inclusão na PMERJ ou em outra corporação militar (CBMERJ, Forças Armadas) em ocasião anterior? ☐ Sim ☐ Não.

Se positivo, quando e onde? _____

Foi eliminado em qual(is) exame(s)?

18. Você é : ☐ Destro ☐ Canhoto.

19. Existe alguma doença que seja comum a vários membros da família? ☐ Sim ☐ Não.

Se positivo, especificar: _____

Declaro estar me preparando para as provas físicas deste concurso e ainda que as informações por mim prestadas são verdadeiras, responsabilizando-me pelas consequências legais deste ato e por declarações falsas ou omissões de dados que dizem respeito às perguntas acima.

Estou ciente e concordo com a realização dos exames médicos, inclusive laboratoriais (sorologia para AIDS e toxológico), quando previstos no Edital do Concurso.

_____, ____/____/____
(Local) (data)

ASSINATURA DO CANDIDATO