



UFES

**Pró-Reitoria de Gestão de Pessoas
Diretoria de Atenção à Saúde**

QUESTIONÁRIO PARA EXAME ADMISSIONAL

Nome:			
CPF:	D N:	Sexo:	Estado Civil:
Endereço:			Tel:
Natural de:		Local de trabalho:	
Cargo:			

Assinale, nos parênteses correspondentes, as respostas às perguntas formuladas. Se tiver dúvidas sobre alguma indagação, deixe a resposta em branco e pergunte ao médico por ocasião do seu exame de saúde.

	Sim	Não	Não sei
01- Usa óculos por indicação médica?			
02- Tem dificuldade para enxergar? Se usar óculos, ainda assim sente dificuldade?			
03- Teve alguma inflamação ou doença em seus olhos? Quando e por quê?			
04- Teve sua audição diminuída em um dos ouvidos? Quando e por quê?			
05- Teve alguma doença nos ouvidos? Quando?			
06- Tem sérias e freqüentes dores de cabeça?			
07- Tem se sentido muito nervoso (a)?			
08- Tem dormido mal?			
09- Os seus dentes necessitam de tratamento?			
10- Tem alguma alergia? A quê?			
11- Sua pele tem alguma anormalidade? Especificar:			

	Sim	Não	Não sei
12- Sua pele tem alguma doença crônica? Especificar:			
13- Tossiu ou cuspiu sangue?			
14- Teve alguma doença pulmonar? Qual?			
15- Sente falta de ar?			
16- Tem pressão alta?			
17- Seu coração, às vezes, bate mais rápido ou teve alguma doença do coração?			
18- Tem problemas intestinais ou estomacais? Qual?			
19- Eliminou sangue nas suas fezes?			
20- Sua pele já ficou totalmente amarelada (icterícia)?			
21- Tem habitualmente dores articulares?			
22- As articulações habitualmente incham?			
23- Tem tido inchaço (edema) nas pernas?			
24- Tem dores ou outros problemas na sua coluna vertebral?			
25- Teve alguma parte do corpo paralisada? Especificar:			
26- Ficou alguma vez "sem sentido" (desmaiou) ?			
27- Teve convulsões? Quando?			
28- Perdeu alguma vez sangue ou albumina pela urina?			
29- Teve algum problema de rins ou bexiga?			
30- Teve doenças venéreas (Infecção Sexualmente Transmissível - IST)?			
31- Alguém da família é diabético? Quem?			
32- Foi tratado(a) de algum tumor? Especificar:			
33-Engordou ou emagreceu mais de cinco quilos durante tal tratamento?			
34- Foi operado (a)? Qual órgão?			
35-Teve alguma ferida séria?			
36- Acidentou-se fora do trabalho? Quando?			
37- Teve acidente no trabalho? Quando?			
38- Vacinou-se durante o tratamento do acidente?			
39- Teve ou tem alguma doença profissional? Especificar:			

	Sim	Não	Não sei
40- Fuma? Especificar:			
41- Fuma além de vinte cigarros em vinte e quatro horas?			
42- Usa habitualmente bebida alcoólica? Qual?			
43- Tem, ultimamente, aumentado a dose diária de bebida alcoólica? Com que frequência?			
44- Tem intranquilidade no lar?			
45- Já teve problemas psicológicos, transtornos ou doenças psiquiátricas ao longo de sua vida?			
46- Já teve ou está tendo assistência psiquiátrica ou psicológica? Especificar?			
47- Usa alguma medicação psiquiátrica atualmente? Relacionar no quesito 51.			
48- Há ou houve na sua família algum membro em tratamento psiquiátrico ou psicológico? Quem?			
49- Caso afirmativo, houve necessidade de internação?			
50- Qual foi a sua ocupação anterior?			
51- Tem feito uso habitual de algum medicamento? Especificar:			
52- No momento está fazendo algum tratamento médico? Especificar:			
53- Tem alguma condição de saúde que, a seu ver, impeça ou faça restrições ao exercício do seu cargo? Qual?			
54- Há alguma outra informação sobre sua saúde atual ou passada que julgue importante? Qual?			

ASSINATURA DO CANDIDATO: _____

PARECER MÉDICO:

Apto para o exercício do cargo: Sim

Não

VITÓRIA, ___/___/___

Assinatura do médico: _____

Assinatura e Carimbo