



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:			

Antes de responder, leia com atenção:

Conforme a Portaria SRT/MGI nº 7.809, de 12 de setembro de 2025, Artigo 6ºA

O candidato deverá informar ao médico avaliador sobre qualquer agravo ou doença preexistente de que tenha conhecimento, de forma clara e completa, para fins de análise e registro durante a inspeção médica oficial.

Havendo alteração no estado de saúde que comprometa o exercício das atribuições do cargo, após a emissão do atestado declaratório de aptidão, o candidato deverá informar ao órgão ou entidade, que avaliará quanto a necessidade de nova inspeção médica oficial.

Após a posse, se identificado pelo órgão ou entidade o não cumprimento, o servidor poderá responder nas esferas administrativa, civil e penal.

Ciente: _____

Assinatura do candidato

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 frequentes 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:			
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:			
	Sim	Não	Não sei
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 alguma Infecção Sexualmente Transmissível - IST?			
31- Foi tratado(a) de algum tumor? Especificar:			
32-Engordou ou emagreceu mais de cinco quilos durante tal tratamento?			
33- Foi operado (a)? Qual órgão?			
34- Ficou internado alguma vez? Especificar:			
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:			
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 55.			
48- Há ou houve na sua família algum membro em tratamento psiquiátrico ou psicológico? Quem?			
49- Caso afirmativo, houve necessidade de internação?			
50- Ficou afastado do trabalho alguma vez por motivo de doença? Especificar:			

51- Alguém da família é hipertenso? Qual parentesco?			
52 - Alguém da família é diabético? Qual parentesco?			
	Sim	Não	Não sei
53- Alguém da família teve câncer? Qual parentesco?			
54- Qual foi a sua ocupação anterior?			
55- Tem feito uso habitual de algum medicamento? Especificar:			
56- No momento está fazendo algum tratamento médico? Especificar:			
57- Tem alguma condição de saúde que, a seu ver, impeça ou faça restrições ao exercício do seu cargo ou para algum tipo de atividade? Especificar:			
58-Há alguma outra informação sobre sua saúde atual ou passada que julgue importante? Qual?			

Observações:

Declaro serem verdadeiras e completas as informações prestadas, conforme determina a Portaria SRT/MGI nº 7.809, de 12 de setembro de 2025, Artigo 6ºA.

Vitória-ES, ____ de _____ de 20 ____ .

Assinatura do candidato:
