



MMA

**MINISTÉRIO DO MEIO AMBIENTE
INSTITUTO BRASILEIRO DO MEIO AMBIENTE E DOS RECURSOS NATURAIS RENOVÁVEIS
COORDENAÇÃO GERAL DE RECURSOS HUMANOS**

UNIDADE ADMINISTRATIVA

CANDIDATO

Nome:

QUESTIONÁRIO MÉDICO PRÉ-ADMISSÃO

01 – Usa óculos por indicação médica?

- Sim
 Não
 Não sei

02 – Tem dificuldade para enxergar?

- Sim
 Não
 Não sei

03 – Teve alguma inflamação ou doença em seus olhos?

- Sim
 Não
 Não sei

04 – Teve sua audição diminuída em um dos ouvidos?

- Sim
 Não
 Não sei

05 – Teve alguma doença nos ouvidos?

- Sim
 Não
 Não sei

06 – Tem intensas e frequentes dores de cabeça?

- Sim
 Não
 Não sei

07 – Tem se sentido muito nervoso?

- Sim
- Não
- Não sei

08 – Tem dormido mal?

- Sim
- Não
- Não sei

09 – Os seus dentes necessitam de tratamento?

- Sim
- Não
- Não sei

10 – Tem alguma alergia?

- Sim
- Não
- Não sei

Qual? _____

11 – Sua pele tem alguma anormalidade?

- Sim
- Não
- Não sei

12 – Você tem alguma mancha que muda de cor?

- Sim
- Não
- Não sei

13 – Tossiu ou cuspiu sangue?

- Sim
- Não
- Não sei

14 – Teve alguma doença pulmonar?

- Sim
- Não
- Não sei

Qual? _____

15 – Sente falta de ar?

- Sim
- Não
- Não sei

16 – Tem pressão alta?

- Sim
- Não
- Não sei

17 – Seu coração, às vezes, bate mais rápido ou teve alguma doença do coração?

- Sim
 Não
 Não sei

18 – Tem problemas intestinais ou gástricos?

- Sim
 Não
 Não sei

Qual? _____

19 – Eliminou sangue nas suas fezes?

- Sim
 Não
 Não sei

20 – Sua pele já ficou amarelada (icterícia)?

- Sim
 Não
 Não sei

21 – Tem habitualmente dores nas juntas?

- Sim
 Não
 Não sei

22 – Tem alguma alteração nas juntas?

- Sim
 Não
 Não sei

Sou inteiramente responsável pelas informações prestadas neste formulário, sob pena de incorrer nos artigos 299 do Código Penal e 4º, Inciso I da Lei nº 9.784/99.

_____/_____/_____
Data

Assinatura



MMA

**MINISTÉRIO DO MEIO AMBIENTE
INSTITUTO BRASILEIRO DO MEIO AMBIENTE E DOS RECURSOS NATURAIS RENOVÁVEIS
COORDENAÇÃO GERAL DE RECURSOS HUMANOS**

QUESTIONÁRIO

23 – Tem dores ou outros problemas com sua coluna vertebral?

- Sim
 Não
 Não sei

24 – Teve alguma parte do corpo paralisada?

- Sim
 Não
 Não sei

25 – Ficou alguma vez “sem sentidos”?

- Sim
 Não
 Não sei

26 – Teve convulsões?

- Sim
 Não
 Não sei

27 – Perdeu alguma vez sangue pela urina?

- Sim
 Não
 Não sei

28 – Teve algum problema de rins ou bexiga?

- Sim
 Não
 Não sei

Qual? _____

29 – Teve doenças venéreas?

- Sim
 Não
 Não sei

Qual? _____

30 – Alguém da família ficou diabético?

- Sim
- Não
- Não sei

31 – Foi tratado de algum tumor?

- Sim
- Não
- Não sei

Qual? _____

32 – Engordou ou perdeu mais de cinco quilogramas nos últimos 12 meses?

- Sim
- Não
- Não sei

33 – Foi operado?

Do que? _____

- Sim
- Não
- Não sei

34 – Recebeu transfusão?

- Sim
- Não
- Não sei

35 – Teve alguma ferida séria?

- Sim
- Não
- Não sei

36 – Acidentou-se fora do trabalho?

- Sim
- Não
- Não sei

37 – Teve acidente no trabalho?

- Sim
- Não
- Não sei

38 – Tem sequela?

- Sim
- Não
- Não sei

39 – Vacinou-se durante os últimos 12 meses?

- Sim
- Não
- Não sei

Quais vacinas? _____

40 – Fuma?

() Sim

() Não

() Não sei

O quê? _____ Quantos por dia? _____

41 – Usa habitualmente bebida alcoólica?

() Sim

() Não

() Não sei

Qual? _____

42 – Tem, ultimamente, aumentado a dose diária de bebida alcoólica?

() Sim

() Não

() Não sei

Sou inteiramente responsável pelas informações prestadas neste formulário, sob pena de incorrer nos artigos 299 do Código Penal e 4º, Inciso I da Lei nº 9.784/99.

_____/_____/_____
Data

Assinatura



MMA

**MINISTÉRIO DO MEIO AMBIENTE
INSTITUTO BRASILEIRO DO MEIO AMBIENTE E DOS RECURSOS NATURAIS RENOVÁVEIS
COORDENAÇÃO GERAL DE RECURSOS HUMANOS**

QUESTIONÁRIO

43 – Tem feito uso habitual de algum tipo de medicamento?

- Sim
 Não
 Não sei

Qual? _____

44 – Tem intranquilidade no lar?

- Sim
 Não
 Não sei

45 – Falta muito ao trabalho por doença?

- Sim
 Não
 Não sei

46 – No momento, está recebendo algum tratamento médico?

- Sim
 Não
 Não sei

Qual? _____

47 – Tem alguma condição de saúde que o impeça de exercer ou que faça restrições ao seu cargo?

- Sim
 Não
 Não sei

Qual? _____

48 – Já teve ou está tendo assistência psiquiátrica ou psicológica?

- Sim
 Não
 Não sei

49 – Usa alguma medicação psiquiátrica atualmente?

- Sim
 Não
 Não sei

Qual? _____

50 – Há ou houve na sua família algum membro com tratamento psiquiátrico ou psicológico?

- Sim
 Não
 Não sei

51 – Caso afirmativo, houve necessidade de internação?

- Sim
 Não
 Não sei

Quem foi internado? _____

52 – Teve alguma doença relacionada ao trabalho?

- Sim
 Não
 Não sei

Qual? _____

53 – Há histórico de câncer na família?

- Sim
 Não
 Não sei

Qual o grau de parentesco? _____

54 – Qual foi a sua ocupação anterior? _____

Outras Considerações: _____

Sou inteiramente responsável pelas informações prestadas neste formulário, sob pena de incorrer nos artigos 299 do Código Penal e 4º, Inciso I da Lei nº 9.784/99.

_____/_____/_____
Data

Assinatura