Sim Não Não Sei

01- Usa óculos ou lentes por indicação médica? ( ) ( ) ( )

02- Tem dificuldade para enxergar sem óculos ou lentes? ( ) ( ) ( )

03- Teve alguma inflamação ou doença em seus olhos? ( ) ( ) ( )

04- Observou diminuição em sua audição? ( ) ( ) ( )

05- Teve alguma doença nos ouvidos? ( ) ( ) ( )

06- Tem sérias e frequentes dores de cabeça? ( ) ( ) ( )

07- Dorme bem? ( ) ( ) ( )

08- Encontra-se atualmente em tratamento odontológico? ( ) ( ) ( )

09- Tem alguma alergia? ( ) ( ) ( )

 A quais elementos?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

10- Já teve diagnóstico de alguma doença de pele? ( ) ( ) ( )

11- Já teve diagnóstico de alguma doença pulmonar? ( ) ( ) ( )

12- Sente falta de ar? ( ) ( ) ( )

13- Tem pressão alta? ( ) ( ) ( )

14- Sente palpitações? ( ) ( ) ( )

15-Teve diagnóstico de doença no coração? ( ) ( ) ( )

16- Tem problemas intestinais, ou estomacais? ( ) ( ) ( )

17- Já eliminou sangue nas fezes? ( ) ( ) ( )

18- Já teve icterícia? (pele amarelada)? ( ) ( ) ( )

19- Tem habitualmente dores nas juntas? ( ) ( ) ( )

20- As suas juntas habitualmente incham? ( ) ( ) ( )

21- Tem edema nas pernas? (pernas inchadas)? ( ) ( ) ( )

22- Tem dores ou outros problemas de coluna vertebral? ( ) ( ) ( )

23- Teve alguma parte do corpo paralisada? ( ) ( ) ( )

24- Ficou apresentou desmaio? ( ) ( ) ( )

25- Já teve convulsões? ( ) ( ) ( )

26- Já eliminou alguma vez sangue pela urina? ( ) ( ) ( )

27- Teve alguma doença nos rins ou bexiga? ( ) ( ) ( )

página 1/3

|  Sim Não Não sei28- Teve doenças venéreas? ( ) ( ) ( )29- Alguém da família é diabético? ( ) ( ) ( )30- Já foi submetido(a) a alguma cirurgia? ( ) ( ) ( )especificar\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_31- Foi tratado(a) de algum tumor? ( ) ( ) ( )32- Engordou ou emagreceu mais de cinco quilos durante tal tratamento? ( ) ( ) ( )33- Teve algum ferimento grave? ( ) ( ) ( )34-Acidentou-se fora do trabalho? ( ) ( ) ( )35- Teve acidente no trabalho? ( ) ( ) ( )36- Vacinou-se durante o tratamento do acidente? ( ) ( ) ( )37- Fuma? ( ) ( ) ( )38- Fuma além de vinte cigarros em vinte e quatro horas? ( ) ( ) ( )39- Usa habitualmente bebida alcoólica? ( ) ( ) ( )40- Tem, ultimamente, aumentado a dose diária de bebida alcoólica? ( ) ( ) ( )41- Tem intranquilidade no lar? ( ) ( ) ( )42- Está insatisfeito com seu cargo atual? ( ) ( ) ( )43- Acha seu trabalho cansativo? ( ) ( ) ( )44- Tem faltado muito ao trabalho por doença? ( ) ( ) ( )45- Já teve ou está tendo assistência psiquiátrica ou psicológica? ( ) ( ) ( )46- Usa alguma medicação psiquiátrica atualmente? Especificar no item xx ( ) ( ) ( )47- Tem feito uso habitual de algum medicamento? ( ) ( ) ( )Especificar:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_48- Há ou houve na sua família algum membro em tratamento psiquiátrico ou psicológico? ( ) ( ) ( )49- Caso afirmativo, houve necessidade de internação? ( ) ( ) ( )50- Teve ou tem alguma doença profissional? Especificar: ( ) ( ) ( )\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Página 2/3 |
| --- |

 Sim Não

 54- No momento está fazendo algum tratamento médico? ( ) ( )

 Especificar:

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

55- Tem alguma condição de saúde que, a seu ver, impeça ou faça restrições

 ao exercício do cargo que está prestes a assumir? Qual? ( ) ( )

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Qual foi a sua ocupação anterior?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Há alguma outra informação sobre sua saúde atual ou passada que julgue

 importante? ( ) ( )

 Qual?

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

57- Considerando as respostas aos quesitos anteriores, julga-se

 APTO(A) a exercer o cargo a que se propõe em qualquer cidade

 onde a Procuradoria-Geral da Fazenda Nacional tenha representação? ( ) ( )

58- Existe em algum dependente legal doença que impeça o exercício do seu

 cargo em outra localidade que não a do seu domicílio? Especificar: ( ) ( )

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Local Data

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ASSINATURA

Página 3/3