



QUESTIONÁRIO PARA EXAME ADMISSIONAL

Candidato(a)/Nome**:		Idade:
Gênero / Sexo:	Data de Nascimento:	Estado Civil:
Masc () Fem () Outros: _____		
Escolaridade:	RG:	CPF:
Local de trabalho	Cargo / Função:	
E-mail:	Telefone:	Celular:

Senhor(a) Candidato(a): Este questionário faz parte da avaliação clínica admissional da Prefeitura Municipal de Campinas. É fundamental que você preencha de forma clara, com veracidade e sem omissões todos os itens abaixo.

1 – É PORTADOR(A) E/ OU JÁ TEVE ALGUMA MOLÉSTIA ABAIXO (ÁREAS: CARDIOVASCULAR / METABÓLICO / RESPIRATÓRIO)?

	sim	não		sim	não		sim	não
Pressão arterial alta?			Colesterol alto?			Enfisema? (*)		
Arritmia / palpitação? (*)			Triglicérides alto?			Trombose? (*)		
Dor no peito? (*)			Diabetes?			Alguma doença no pulmão?		
Infarto? (*)			Hipoglicemia?			Falta de ar?		
Derrame?			Outras doenças metabólicas?			Tosse prolongada? (*)		
Coração grande? (*)			Problemas de tireóide?			Asma?		
Alguma doença no coração?			Varizes?			Bronquite?		
Cirurgia no coração? (*)			Cirurgia no pulmão? (*)			Tuberculose?		

Outra não detalhada acima:

Já fez OU faz uso de alguma medicação específica destas áreas? () SIM () NÃO - Se sim: descreva nome, dosagem, quantos comprimidos ao dia, há quanto tempo (usa ou usou)

(Caso tenha assinalado alguma alternativa com (*), especifique:

2 – É PORTADOR(A) E/ OU JÁ TEVE ALGUMA MOLÉSTIA ABAIXO (ÁREAS: PSIQUIÁTRICA / NEUROLÓGICA)?

	sim	não		sim	não		sim	não
Irritabilidade constante?			Bipolaridade?			Tontura?		
Depressão?			Esquizofrenia? (*)			Crise convulsiva/ epilepsia? (*)		
Ansiedade?			Alucinações e/ou delírios? (*)			Esquecimento importante recente e/ou tardio? (*)		
Pânico?			Acompanhamento psicológico/psiquiátrico? (*)			Parkison/ Parkinsonismo?		
Insônia?			Anorexia?			Tremor em alguma parte do corpo?		
Já teve pensamento/ planejamento/ tentativa de suicídio? (*)			Bulimia?			Acidente Vascular Encefálico (AVE ou AVC)? (*)		
Já lesionou outra pessoa ou algum ser vivo intencionalmente? (*)			Alguma interação psiquiátrica? (*)			Cirurgia neurológica? (*)		
Transtorno de personalidade?			Dor de cabeça/ enxaqueca?			Alterações visuais (visão dupla, flashes de luz, etc)		
Alterações constantes do humor?			Desmaios?			Formigamento/ parestesia/ amortecimento?		

Já fez OU faz uso de alguma medicação específica destas áreas (psiquiátrica / neurológica)? () SIM () NÃO - Se sim: descreva nome, dosagem, quantos comprimidos ao dia, há quanto tempo (usa ou usou)

	sim	não		sim	não		sim	não
Fibromialgia?			Dor nas juntas? (onde, quando, qual lado) (*)			Desvio na coluna? (*)		
Doença na coluna? (*)			Tendinite? (onde, quando, qual lado) (*)			Hernia de disco? (*) (onde e quais)		
Doença na bacia/quadril? (quando, qual lado) (*)			Bursite? (onde, quando, qual lado) (*)			Dor na coluna? (*) (quando, há quanto tempo)		
Doença no joelho? (quando, qual lado) (*)			Esporão? (onde, quando, qual lado) (*)			Artrose / bicos de papagaio?		
Fratura óssea? (onde, quando, sequelas) (*)			Cirurgia ortopédica? (onde, quando) (*)			Reumatismo? (*)		
Já fez OU faz uso de alguma medicação específica destas áreas? () SIM () NÃO - Se sim: descreva nome, dosagem, quantos comprimidos ao dia, há quanto tempo (usa ou usou)								
Caso tenha assinalado alguma alternativa com (*), responda as perguntas colocadas, sendo “onde” é em qual lugar do corpo:								
Outra patologia osteomuscular e/ou reumatológica (Se sim: descreva qual é, tratamento (medicamentoso/não medicamentoso), se realiza acompanhamento e há quanto tempo: _____								

	sim	não		sim	não		sim	não
Alguma doença nos olhos?			Alguma doença de ouvido? (*)			Rinite?		
Catarata? (qual lado)			Perda de audição / surdez? (*)			Dor de garganta rotineira?		
Glaucoma? (qual lado)			Usa aparelho auditivo? (*)			Calos / fenda em cordas vocais? (*)		
Usa óculos ou lentes? (*)			Zumbido ou barulho os ouvidos?			Rouquidão / alteração de voz?		
Enxerga bem?			Tontura/ vertigem / labirintite?			Apnéia do sono?		
Usa prótese dentária?			Sinusite?			Disfunção de ATM (articulação temporomandibular)?		
Cirurgia nos olhos? (*)			Cirurgia no ouvido? (*)			Cirurgia na boca / garganta? (*)		
Já fez OU faz uso de alguma medicação específica destas áreas? () SIM () NÃO - Se sim: descreva nome, dosagem, quantos comprimidos ao dia, há quanto tempo (usa ou usou)								
(Caso tenha assinalado alguma alternativa com (*), especifique:								
Outra(s) patologia(s) destas áreas? (Se sim: descreva qual é, tratamento (medicamentoso/não medicamentoso), se realiza acompanhamento e há quanto tempo: _____								

	sim	não		sim	não		sim	não
Hérnia umbilical e/ou inguinal? (qual lado) (*)			Pancreatite?			Dor ao urinar?		
Doença de Crohn?			Diverticulite?			Infecções urinárias recorrentes?		
Náuseas / vômitos recorrentes?			Hemorroidas?			Pedra/ cálculo no rim e/ou vias urinárias?		
Dor / queimação no estômago?			Prisão de Ventre?			Problema na próstata?		
Gastrite / Úlcera?			Gordura no fígado / esteatose hepática?			Hemodiálise? (quando/ há quanto tempo) (*)		
Cirrose? (*)			Pedra/ cálculo na vesícula biliar?			Cirurgia (rim / bexiga / próstata) (quando) (*)		
Hepatite? (*)			Outras doenças gastrointestinais?			Outra cirurgia aparelho urinário? (quando) (*)		
Cirurgia bariátrica? (*)						Outra cirurgia aparelho gastrointestinal? (quando) (*)		

Já fez OU faz uso de alguma medicação específica destas áreas? () SIM () NÃO - Se sim: descreva nome, dosagem, quantos comprimidos ao dia, há quanto tempo (usa ou usou)

Caso tenha assinalado alguma alternativa com (*), especifique:



Prefeitura Municipal de Campinas
Secretaria Municipal de Gestão e Desenvolvimento de Pessoas
Departamento de Promoção à Saúde do Servidor
Coord. Saúde Ocupacional/ Relações do Trabalho e Acompanhamento
Social do Servidor

3 / 5

Outra patologia abdominal e/ou gastrointestinal e/ou renal/ vias urinárias? (Se sim: descreva qual é, tratamento (medicamentoso/não medicamentoso), se realiza acompanhamento e há quanto tempo:

6 – SOBRE QUESTÕES GINECOLÓGICAS, RESPONDA:

	sim	não		sim	não		sim	não
Você menstrua?			A menstruação é regulada?			Tem ou teve mioma uterino?		
Tem ou teve cisto ovariano?			Tem ou teve cisto mamário?			Tem ou teve algum câncer ginecológico?		
Faz ultrassom?			Faz papanicolaou regularmente (se indicado)?			Faz mamografia/ Ultrassom das mamas regularmente?		
Parto(s)			Normal () Quantos? _____ Cesárea () Quantos? _____ Aborto () Quantos? _____					
Data dos partos (se houverem):				Data da última menstruação:				
Cirurgia ginecológica?			Se sim: especifique (qual cirurgia, data):					
Usa método contraceptivo?			Se sim: qual(is):					
Já fez OU faz uso de alguma medicação específica (ginecológica ou hormônio) ?								
Outra(s) patologia(s) ginecológica e/ou obstétrica (Se sim: descreva qual é, tratamento (medicamentoso/não medicamentoso), se realiza acompanhamento e há quanto tempo:								

7 – SOBRE SEUS ANTECEDENTES DE SAÚDE E INFORMAÇÕES GERAIS:

	sim	não		sim	não
Tem medo de altura ?			Tem medo quando em ambientes/espacos muito fechados? Claustrofobia?		
Tem algum impedimento para operar máquinas/empilhadeiras?			Tem algum impedimento para dirigir automóveis/carros?		
Já teve rubéola?			Já teve caxumba?		
Já teve catapora?			Já teve sarampo?		
Já teve esquistossomose?			Já teve malária?		
Já teve meningite?			Já teve paralisia infantil?		
Já teve sangramentos / hemorragia?			Já teve anemia?		
Tem OU teve algum tipo de câncer?			Se sim, descreva nas linhas abaixo: qual(is)? Quando? Quais tratamentos realizou e/ou realiza e quando foram?		
Tem alguma doença autoimune?			Se sim, descreva nas linhas abaixo: qual?(is) Quando? Quais tratamentos realizou e/ou realiza e quando foram?		
Já esteve hospitalizado?			Se sim, descreva nas linhas abaixo: quando e por quê? Descreva todas as internações.		
Alguma outra cirurgia ainda não citada?			Se sim, descreva nas linhas abaixo: qual(is)? Quando e por quê? Tem sequela(s)? Qual(is)?		
Faz ou já fez uso de algum medicamento ainda não informado?			Se sim, descreva nas linhas abaixo: qual(is)? Descreva nome, dosagem, quantos comprimidos ao dia, há quanto tempo (usa ou usou).		
Você bebe ou já bebeu?			Se sim: quantidade (copo/garrafa/taça/lata 250ml), há quanto tempo e quando?		
Você fuma ou já fumou?			Quantos cigarros/dia e há quanto tempo? Ex-tabagista: não () sim () há quanto tempo:		
Você usa OU já sou drogas?			Qual(is) / Com que frequência / Há quanto tempo?		
Tem alguma alergia / dermatite?			Qual?		
Fez OU está fazendo algum tratamento de saúde ainda não relatado neste questionário?			Qual?		
Está realizando investigação clínica/laboratorial para alguma patologia/problema de saúde?			Se sim, descreva nas linhas abaixo: qual(is) suspeitas diagnósticas e qual(is) investigações/ exames já foram realizados e/ou tem programação de realizar?		
Possui alguma deficiência diagnosticada e classificada como PcD?			Que tipo?		
Tem algum(s) hobby(s)?			Qual?		
Pratica algum esporte?			Qual? Com que frequência? Desde quando?		
Já sofreu alguma lesão devido atividade física?			Se sim: quais, quando, qual parte do corpo atingida e se houve sequelas?		
Caso tenha assinalado alguma alternativa acima com resposta (SIM), especifique:					

8 – OUTRO(S) PROBLEMA(S) DE SAÚDE ATUAL OU PREGRESSO:

Descreva outro(s) problema(s)/ moléstia(s)/ patologia(s) de saúde não informadas acima:

9 – ANTECEDENTE/ HISTÓRICO PROFISSIONAL:

a) Com qual idade começou a trabalhar? _____

b) Você trabalha E/ OU já trabalhou na Prefeitura Municipal de Campinas ? ____SIM ____ NÃO. Se sim, qual período ? _____

c) Descreva abaixo seus últimos trabalhos (mesmo os informais):

Empresa	Cargo / Função	Quando (aaaa)	Período (INÍCIO) mm/aaaa – (FIM) mm/aaaa	Teve exposição à risco físico, químico e/ou biológico?

ANTECEDENTE/ HISTÓRICO PROFISSIONAL:	sim	não		sim	não
Já se afastou pelo INSS e/ou outro Instituto Previdenciário? (quando, por quanto tempo, motivo)			Já trabalhou com resinas?		
Já teve afastamento para tratamento de saúde por mais de 30 dias? (quando, por quanto tempo, motivo)			Já trabalhou com lâ de vidro?		
Já teve algum acidente de trabalho? (quando, por qual motivo, sequelas, atividade)			Já trabalhou com thinner?		
Já trabalhou com ruído?			Já trabalhou com querosene?		
Já trabalhou com produtos químicos?			Já trabalhou com removedor?		
Já trabalhou com poeiras?			Já trabalhou com gasolina? Ou benzeno?		
Já trabalhou com óleo de corte?			Já foi readaptado em algum órgão público?		
Já teve reabilitação profissional oficialmente realizada e certificada pelo INSS e/ou algum tipo de restrição ocupacional?					
Caso tenha assinalado alguma alternativa acima com resposta (SIM), especifique e, também, caso teve exposição a algum risco ocupacional, descreva qual(is), qual(is) eram as atividades, quando foi e se fazia uso de Equipamento de Proteção Individual (EPI) de forma adequada:					

10 - ANTECEDENTES FAMILIARES PRÓXIMOS (PAIS, IRMÃOS, AVÓS E TIOS)

	sim	não		sim	não	
Diabetes Mellitus?			Câncer?			
Infarto Miocárdio?			Hepatite C?			



Prefeitura Municipal de Campinas
Secretaria Municipal de Gestão e Desenvolvimento de Pessoas
Departamento de Promoção à Saúde do Servidor
Coord. Saúde Ocupacional/ Relações do Trabalho e Acompanhamento Social
do Servidor

5 / 5

Pressão arterial elevada?			Doenças contagiosas?			
Derrame (AVC)?			Esquizofrenia?			
Trombose?			Outros?			
Caso tenha assinalado alguma alternativa acima com resposta (SIM), especifique parentesco e o período e o tipo do acometimento sabido:						

CONSIDERAÇÕES / OBSERVAÇÕES DO(A) CANDIDATO(A) (Acrescente informações que não couberam acima e/ou que o questionário não contemplou e é uma informação relacionada a sua saúde):

Eu, candidato(a)* acima descrito declaro para fins legais/judiciais que as informações acima são verdadeiras e estou ciente que a omissão e/ou inveracidade de informações ou a apresentação de dados ou documentos falsos e/ou divergentes **implicam medidas judiciais cabíveis, assim como sanções administrativas e aquelas pertinentes ao ato**. Para fins de cumprimento das exigências estabelecidas na Lei Geral de Proteção de Dados – LGPD, autorizo, expressamente, a coleta, recepção, classificação, transmissão, processamento, arquivamento, armazenamento, tratamento, transferência e gerenciamento de meus dados pessoais e dados pessoais sensíveis, pela Prefeitura Municipal de Campinas, para fins de saúde/médico e laboral.

Data:	Assinatura do candidato:
Data:	Ciência médica: