

SECRETARIA DO PLANEJAMENTO - SEPLAG
COORDENADORIA DE PERICIA MÉDICA – COPEM
FORMULÁRIO PADRÃO SOBRE ANTECEDENTES CLÍNICOS – CIRÚRGICOS

Informações sigilosas e confidenciais em caráter obrigatório, sujeito às penalidades da lei no caso de preenchimento invertido intencional – art. 299 do código penal – Decreto Lei 2848/48

I - O candidato foi ou é portador de:

- 1 - Doença infecto-contagiosa crônica com sintomas clínicos?
 Não Sim. Qual? _____
- 2 - Moléstia psiquiátrica/depressão por período maior ou igual a 06 (meses)/internação psiquiátrica?
 Não Sim. Qual? _____
- 3 - Patologia reumática crônica (reumatismo) com dor e inflamação articular?
 Não Sim. Qual? _____
- 4 - Disfonia vocal/larinite crônica/ alergia respiratória/ Rouquidão crônica?
 Não Sim. Qual? _____
- 5 - Anomalia congênita ou doença genética ou síndrome clínica com distúrbio psicomotor ou do aprendizado, retardo do crescimento/desenvolvimento, paralisia cerebral ou má formação?
 Não Sim. Qual? _____

II – O Candidato Sofreu ou sofre de:

- 1 – Doença venérea de transmissão sexual (DST)?
 Não Sim. Qual? _____
- 2 – Cirurgia. Trauma ou seqüela de traumatismo/fratura/paralisia?
 Não Sim. Qual? _____
- 3 – Internação hospitalar prévia, cesariana, cirurgia, trauma, doença?
 Não Sim. Qual? _____
- 4 – Hemorragia/ leucemia/ doença linfática/ anemia/ icterícia/ sangramento/ transfusão/ transplante?
 Não Sim. Qual? _____
- 5 – Tumor/ câncer/ displasia mamária/ nódulo/ cisto/ neoplasia maligna comprovada por punção-biopsia/citologia/ exame anátomo-patológico?
 Não Sim. Qual? _____
- 6 – Angina/ arritmia/ isquemia/ dor precordial/ palpitação/ crise hipertensiva?
 Não Sim. Qual? _____

III – O Candidato Fez ou faz uso crônico de medicação?

- 1 – Anti-hipertensiva, analgésico, anti-inflamatório, hormônio, insulina, corticóide, digitálico, diurético, vasodilatador, antialérgico, quimioterapia, radioterapia, transfusão, antibiótico, broncodilatador, antiácido, reposição hormonal de estrógeno e progesterona, quimioterápico para tuberculose, hanseníase, Aids, câncer?
 Não Sim. Qual? _____
- 2 – Psicotrópica controlada: tranquilizante, antidepressivo, sonífero hipnótico, antipsicótico, narcótico, anticonvulsivante, estabilizador de humor, neuroléptico, lítio?
 Não Sim. Qual? _____

IV – O candidato necessitou ou necessita, o uso de prótese/ órtese/ marcapasso/ válvula cardíaca/ transplante/ by-pass arterial/ membro mecânico/ transfusão/ aparelhos ópticos e de audição/ revascularização miocárdica ou angioplastia/ ponte de safena?
 Não Sim. Qual? _____

V – O candidato já foi impedido de doar sangue por motivo de: sorologia positiva para qualquer infecção ou alcoolismo ou toxicomania ou insuficiência de órgão vital ou doença do sangue?
 Não Sim. Qual? _____

Por ser verdade, firmo o documento.

Local/Data. _____, ____/____/____ Assinatura: _____