

## NOTA EXPLICATIVA

Informamos a todos os candidatos convocados à assinatura de contrato, através deste regulamento, que o Atestado de Saúde Ocupacional – emitido pela Segurança e Saúde do Trabalhador – FHEMIG, nesta Unidade Assistencial, poderá ser substituído por um Atestado de Saúde Ocupacional – ASO, emitido através um médico assistente, acompanhado da apresentação do Questionário de Antecedentes Clínicos, conforme modelo abaixo:

### QUESTIONÁRIO DE ANTECEDENTES CLÍNICOS

NOME:

CPF:

RG:

SEXO:

F  M

IDADE:

CARGO:

MASP (se tiver):

01- Informar sobre os sintomas ou alterações abaixo relacionadas:

SINTOMAS/ALTERAÇÕES	SIM	NÃO
Dor no peito		
Alterações na voz		
Distúrbios do sono		
Variações no peso		
Problemas de pele		
Distúrbio visual		
Dor abdominal		
Escarro com sangue		
Inchaço nas pernas		
Distúrbios de audição		
Problemas digestivos		
Problemas para urinar		
Alteração de apetite		
Prisão de ventre		
Diarreias		
Dificuldade para engolir		
Alterações no volume e na freqüência da urina		
Dificuldades frequentes no trabalho		
Dificuldades no relacionamento familiar		
Dificuldade no relacionamento interpessoal		
Nervosismo		
Pressão alta		
Falta de ar		
Tosse		
Suor noturno		
Dor nas articulações		
Dor na coluna		
Ansiedade		

Tristeza		
Desconfiança		
Outros problemas que não estão relacionados acima		

02 – Faz uso de medicação de uso contínuo ou controlado? ( ) Não ( ) Sim. Quais? (Citar todos, inclusive adosagem).

---

03 – Faz, ou já fez, algum controle médico específico (oncológico, cardiológico, neurológico, endocrinológico, pneumológico, outro)? ( ) Não ( ) Sim. Qual(is)?

04 – Já sofreu internação hospitalar (por doença, cirurgia ou outro procedimento)? ( ) Não ( ) Sim. Qual(is)?

05 – Já sofreu alguma fratura? ( ) Não ( ) Sim. Tipo(s)?

06 - Já se afastou do trabalho por motivo de ordem médica em qualquer instância (municipal, estadual ou INSS)? ( ) Não ( ) Sim. Qual?

Por quais períodos?

Por quais

motivos?

07 - Apresenta ou já apresentou problema de audição ou visão? ( ) Não ( ) Sim. Qual(is)?

08 – É tabagista? ( ) Não ( ) Sim. Cigarros/dia? . Há quanto tempo?

09 – É etilista (consome bebida alcoólica)? ( ) Não ( ) Sim. Quantidade: Frequência:

10 – Apresenta ou já apresentou doença psiquiátrica (Depressão, Ansiedade, esgotamento nervoso, tentativas de suicídio ou quaisquer outras)? ( ) Não ( ) Sim. Qual(is)?

11 – Apresenta ou já apresentou doença relacionada à voz (disfonia, laringite crônica, rouquidão crônica ou outra)?

( ) Não ( ) Sim. Qual(is)?

12 – Apresenta ou já apresentou alergia respiratória (Asma, Bronquite, Rinite alérgica ou outra) ou a medicamentos? ( ) Não ( ) Sim.

Qual(is)?

13 – Apresenta ou já apresentou alguma doença infectocontagiosa? ( )

Não ( ) Sim. Qual(is)?

14 – Apresenta ou já apresentou dores ou doenças osteomusculares (por exemplo: fibromialgia, artroses, artrites, etc.)?

( ) Não ( ) Sim. Qual(is)?

15 – Apresenta ou já apresentou alguma doença que não foi mencionada acima?

( ) Não ( ) Sim. Qual(is)?

16 – Já teve algum acidente de trânsito? ( ) Não ( ) Sim.

Qual(is)?

17 – Possui Carteira Nacional de Habilitação (CNH) válida? ( ) Não ( ) Sim.

18 – Tem filhos? ( ) Não ( ) Sim. Quantos?

Declaro, estar ciente do disposto no art. 299, do Código Penal Brasileiro e, sob as penas da lei,

serem verdadeiras as informações acima prestadas, responsabilizando-me por qualquer dado inverídico.

Local

Data / /

---

Assinatura do Declarante

(Anexo I do Decreto 47.901 de 31 de março de 2020)

