

ANEXO VI

NOTA EXPLICATIVA

Informamos a todos os candidatos convocados à assinatura de contrato através deste regulamento, que o Atestado de Saúde Ocupacional – emitido pela Saúde e Segurança do Trabalhador, na unidade assistencial - poderá ser substituído por um ASO emitido por médico assistente conjuntamente com a apresentação do Questionário de Antecedentes Clínicos, conforme abaixo:

QUESTIONÁRIO DE ANTECEDENTES CLÍNICOS

NOME:

CPF:

F M

IDADE:

MASP (se tiver):

RG:

CARGO:

SEXO:

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? 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)