



GOVERNO DO ESTADO DO PARANÁ
SECRETARIA DE ESTADO DA ADMINISTRAÇÃO E DA PREVIDÊNCIA
DIVISÃO DE MEDICINA E SAÚDE OCUPACIONAL
FICHA DE INFORMAÇÕES MÉDICAS

| | | | |
|--|---------|---------|--|
| 3. Alimenta-se bem | () SIM | () NÃO | |
| 4. Mora em residência com água e esgoto | () SIM | () NÃO | |
| 5. Faz uso de algum medicamento de forma contínua? | () SIM | () NÃO | |

3. Antecedentes de Doenças na Família (Pai, mãe, irmãos):

| | | | ESPECIFIQUE |
|-----------------------|---------|---------|-------------|
| 1. Pressão alta | () SIM | () NÃO | |
| 2. Doenças do coração | () SIM | () NÃO | |
| 3. Reumatismo | () SIM | () NÃO | |
| 4. Diabetes | () SIM | () NÃO | |
| 5. Doenças do pulmão | () SIM | () NÃO | |
| 6. Doenças cerebrais | () SIM | () NÃO | |

4. Houve alguma modificação no seu estado de saúde nos últimos anos? () SIM () NÃO

Qual modificação e quando aconteceu?

5. Apresenta no momento alguma impossibilidade de assumir de forma plena o cargo ou função a que está se propondo?

() SIM () NÃO

Especifique:

6. Já possui outro cargo Público além deste que está assumindo? () SIM () NÃO

Caso a resposta seja positiva, especificar (qual é o cargo e qual a esfera de atuação se municipal, federal ou estadual):

7. Declaro serem verdadeiras as informações acima prestadas, comprometendo-me a submeter-me aos exames clínicos e laboratoriais que venham a ser solicitados, a partir desta data, pela Secretaria de Estado da Administração, através da Divisão de Medicina e Saúde Ocupacional, para comprovação ou elucidação do afirmado na presente declaração, bem como estou ciente que posso ser responsabilizado nas esferas administrativa, civil e criminal pela incorreção de qualquer uma das informações prestadas.

Local: _____ Data: ____/____/____.

(Assinatura do Candidato)