

**INSTITUTO FEDERAL BAIANO****Unidade do Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do
Servidor – SIASS**Rua do Rouxinol, 115, Bairro Imbuí – Salvador - BA – 41720-052
Tel (71) 3186-0001 – e-mail: agenda.siaas@ifbaiano.edu.br**EXAME PARA INVESTIDURA EM CARGO PÚBLICO**

Preenchimento pelo nomeado

ADMISSIONAL () REDISTRIBUIÇÃO () PERIÓDICO ()

DADOS PESSOAIS			
NOME:			
NOME SOCIAL:			
CPF:		ÓRGÃO:	
DATA DE NASCIMENTO:	/ /	IDADE:	CARGO:
SEXO BIOLÓGICO: () Feminino () Masculino			CAMPUS:
ESTADO CIVIL:		VÍNCULO:	Efetivo Substituto
TIPO SANGUÍNEO:		TELEFONE:	
E-MAIL:			
É PESSOA COM DEFICIÊNCIA? NÃO			
SIM	ESPECIFICAR (incluir código)		

1 – HISTÓRIA OCUPACIONAL RELACIONADA AOS EMPREGOS ATUAIS E ANTERIORES	
Empregos atuais e/ou anteriores	Com substâncias tóxicas
Licença por doença ou cirurgia	Com material radioativo
Acidente em serviço	Com exposição a riscos biológicos
Doença relacionada ao trabalho ou moléstia profissional	Com exposição a corrente elétrica
Em ambiente com alto nível de ruído	Trabalho com execução de esforços repetitivos
Em local com excesso de poeira	Com postura especial
Em alta ou baixa pressão	Com uso frequente de computador
Em altas ou baixas temperaturas	Com roupa ou equipamento especial de proteção (EPI)
Obs:	

2. SINTOMAS FREQUENTES	
Ansiedade	Falta de ar ou chiado no peito
Cansaço ao levantar	Formigamento nas mãos
Desmaios	Hemorroidas
Diarréias frequentes	Inchaços
Dificuldade de urinar	Irritação Nervosa
Distúrbio do sono	Palpitações
Dor no peito	Pensar ou repetir o mesmo assunto
Dor nos dedos /mãos/punhos	Ranger ou apertar os dentes
Dor ou ruídos ao movimentar a boca	Resfriados constantes
Dores articulares	Sangramento na gengiva
Dores de cabeça	Tensão muscular
Dores na coluna	Tontura/ vertigem
Dores no pescoço	Transtorno Mental/Psiquiátrico
Dores nos cotovelos	Tremores
Dores nos ombros	Tristeza profunda/depressão
Dores nos pés e pernas	Urina com sangue
Esquecimentos	Zumbidos no ouvido
Outros sintomas não citados acima	
Obs:	

3. ANTECEDENTES PESSOAIS	
Acidentes/traumas	Doenças mentais/psiquiátricas
Alergias (doenças, alimentos, medicamentos)	Doenças na boca e dentes
Cirurgias	Doenças nos ouvidos
Diabetes	Doenças ortopédicas/reumatológicas
Dislipidemia (colesterol/triglicerídeos elevados)	Epilepsia/ Crises convulsivas
Doença de Chagas	Esquistossomose
Doença de próstata ou genitais masculinos	Hanseníase
Doença de tireoide	Hérnia de disco
Doença do coração e vasos	Hipertensão Arterial
Doença no fígado e vesícula	Infecção sexualmente transmissível
Doença nos rins/bexiga/uretra	Internamento hospitalar
Doenças de esôfago/estômago/intestino	Já usou/usa medicação controlada
Doenças de pele	Já usou/usa outras medicações
Doenças de pulmão	Malária
Doenças do nariz e garganta	Neoplasias (Cancer)
Doenças do sangue (anemia)	Tuberculose
Doenças do sistema nervoso	Varizes nas pernas

Doenças ginecológicas (sexo feminino):	
Alterações menstruais	Aborto
Nódulos nas mamas	Parto
Gestação	Data da última menstruação
Outras patologias não citadas acima	
Obs:	

4. ANTECEDENTES FAMILIARES	
Alguém de sua família, pais, irmãos, tios e avós, mesmo os falecidos têm ou tiveram alguma (s) desta (s) doença (s)?	
Pressão Alta Não () Sim () Não Soube Informar ()	Crises convulsivas Não () Sim () Não Soube Informar ()
Doenças do coração Não () Sim () Não Soube Informar ()	Transtorno mental ou psiquiátrico Não () Sim () Não Soube Informar ()
Doenças dos rins Não () Sim () Não Soube Informar ()	Tuberculose ou Doença do pulmão Não () Sim () Não Soube Informar ()
Diabetes (açúcar no sangue) Não () Sim () Não Soube Informar ()	Neoplasia (câncer) Não () Sim () Não Soube Informar ()
Dislipidemia (aumento colesterol e/ou triglicérides) Não () Sim () Não Soube Informar ()	Glaucoma Não () Sim () Não Soube Informar ()
Outras doenças não citadas acima:	
Obs:	

**5 . HÁBITOS
PESSOAIS**

Realiza exercícios físicos? Não () Sim () Não Soube Informar ()		Ingere bebidas alcoólicas? Não () Sim () Não Soube Informar ()	
Sim - Frequência? ()	Até 2 vezes por semana	Sim - Frequência? ()	Até 2 vezes por semana
()	3 vezes por semana	()	3 vezes por semana
()	Mais de 3 vezes por semana	()	Mais de 3 vezes p/semana
Uso regular de computador em casa? Não Sim - Frequência? () Até 3 horas por dia () Acima de 3 horas por dia		Você é tabagista? Não..... Sim..... Ex-fumante	
Uso regular de celular? Não Sim - Frequência? () Até 3 horas por dia () Acima de 3 horas por dia		Faz uso de outras drogas? Não Sim - Qual?	
Estudante (graduação, pós-graduação)? Não Sim		Alimentação balanceada? Não Sim	
<p>FAÇA UMA AUTO AVALIAÇÃO SOBRE SEU ESTADO ATUAL DE SAÚDE FÍSICA E MENTAL:</p>			

DECLARO SOB AS PENALIDADES DA LEI, QUE AS INFORMAÇÕES PRESTADAS SÃO VERDADEIRAS E ESTOU CIENTE QUE EM CASO DE FALSIDADE IDOLÓGICA FICAREI SUJEITO ÀS SANÇÕES PREVISTAS NO CÓDIGO PENAL E DEMAIS DENOMINAÇÕES LEGAIS APLICÁVEIS.

_____, _____ DE _____ DE _____

ASSINATURA