

**II CONCURSO PÚBLICO NACIONAL UNIFICADO PARA INGRESSO
NA CARREIRA DA MAGISTRATURA DO TRABALHO**

EXAME MÉDICO DE APTIDÃO

Nome: _____ Documento: _____

Número de inscrição: _____

Senhor(a) Candidato(a):

Este questionário ajudará na sua Avaliação Clínica.

Responda-o com atenção. Precisamos saber tudo sobre sua saúde. Responda com precisão às perguntas formuladas e, se tiver dúvidas sobre qualquer questão, solicite esclarecimentos.

I. **Atividades Extralaborativas:** este item nos ajuda a definir o seu perfil em relação à sua qualidade de vida atual. Gostaríamos que descrevesse seus hobbies e suas preferências de leitura, arte, cinema, esportes e outros: _____

II. **História profissional:** descreva os cargos e/ou atividades laborativas que já exerceu: _____

III. **Antecedentes mórbidos familiares:** observe se algum membro próximo, em sua família, é portador de alguma das seguintes moléstias. Em caso afirmativo, indique o grau de parentesco.

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> reumatismo _____ | <input type="checkbox"/> pressão arterial alta _____ |
| <input type="checkbox"/> alcoolismo _____ | <input type="checkbox"/> diabetes mellitus _____ |
| <input type="checkbox"/> doença do coração _____ | <input type="checkbox"/> doença mental _____ |
| <input type="checkbox"/> câncer _____ | <input type="checkbox"/> epilepsia _____ |
| <input type="checkbox"/> alergias _____ | <input type="checkbox"/> outros: _____ |

IV. **Antecedentes mórbidos pessoais:**

- a. Possui algum tipo de alergia? NÃO SIM – Qual? _____
- b. Fez alguma cirurgia? NÃO SIM – Qual? _____
- c. Esteve hospitalizado? NÃO SIM – Qual o motivo? _____
- d. Conhece o seu tipo sanguíneo? NÃO SIM – Qual? _____ É doador? NÃO SIM
- e. Já recebeu transfusão de sangue? NÃO SIM – Em qual período, e qual o motivo? _____
- f. Faz uso de medicamentos ou dieta? NÃO SIM – Qual(is)? _____

g. É portador de alguma das moléstias abaixo?

- | | | | | | |
|-------------------------|------------------------------|------------------------------|---------------------|------------------------------|------------------------------|
| • Pressão arterial alta | <input type="checkbox"/> NÃO | <input type="checkbox"/> SIM | • Diabetes Mellitus | <input type="checkbox"/> NÃO | <input type="checkbox"/> SIM |
| • Hérnia | <input type="checkbox"/> NÃO | <input type="checkbox"/> SIM | • Doença do coração | <input type="checkbox"/> NÃO | <input type="checkbox"/> SIM |
| • Varizes | <input type="checkbox"/> NÃO | <input type="checkbox"/> SIM | • Doença de coluna | <input type="checkbox"/> NÃO | <input type="checkbox"/> SIM |
| • Colesterol alto | <input type="checkbox"/> NÃO | <input type="checkbox"/> SIM | • Outras: _____ | | |

h. Atualmente faz algum tratamento? NÃO SIM – Qual(is)? _____

i. Já sofreu algum acidente grave? NÃO SIM – Descreva-o: _____

j. Sente falta de ar e/ou palpitações quando faz esforços ou sobe escadas? NÃO SIM

- Há quanto tempo? _____
- Descreva: _____

k. Tem com frequência algum dos seguintes sintomas?

- | | | | | | |
|-----------------|------------------------------|------------------------------|----------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| • Dor nos olhos | <input type="checkbox"/> NÃO | <input type="checkbox"/> SIM | • Tonturas | <input type="checkbox"/> NÃO | <input type="checkbox"/> SIM |
| • Dor de cabeça | <input type="checkbox"/> NÃO | <input type="checkbox"/> SIM | • Dores articulares | <input type="checkbox"/> NÃO | <input type="checkbox"/> SIM |
| • Dor no peito | <input type="checkbox"/> NÃO | <input type="checkbox"/> SIM | • Zumbido ou barulho nos ouvidos | <input type="checkbox"/> NÃO | <input type="checkbox"/> SIM |
| • Outros: _____ | | | | | |

l. Já sofreu alguma fratura óssea (quebrou algum osso)? NÃO SIM – Como? _____

m. Tem dor no estômago ou alguma doença já diagnosticada no aparelho digestivo? NÃO SIM

- Em caso positivo, há quanto tempo? _____

n. Algum tipo de alimento lhe faz mal? NÃO SIM – Qual(is)? _____

o. Já desmaiou alguma vez? NÃO SIM – Em que condições? _____

p. Dorme bem? NÃO SIM – Descreva? _____

q. Tem perdido peso corporal nos últimos meses? NÃO SIM – Quanto perdeu? _____

r. Tem dores nos membros superiores? NÃO SIM – Explique? _____

s. Já sofreu algum acidente no trabalho? NÃO SIM – Descreva? _____

t. Faz uso de medicação controlada? NÃO SIM – Qual, e por quanto tempo? _____

u. Ingere bebidas alcoólicas? NÃO SIM ÀS VEZES – Qual(is)? _____

v. Tabagismo? NÃO SIM – cigarros/dia? _____ Ex-fumante – há quanto tempo? _____

w. Comentários (se julgar necessário)? _____

Declaro não ter omitido menção a NENHUMA doença, passada ou atual, defeito físico ou seqüela funcional de acidente ou doença profissional.

Igualmente, reconheço ser portador de: _____

Brasília/DF, ____ / ____ / ____

Assinatura do(a) Candidato(a)