



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE  
REITORIA  
UNIDADE SIASS-UFCG

## AUTODECLARAÇÃO DE SAÚDE PARA INVESTIDURA EM CARGO PÚBLICO FEDERAL

**- CONFIDENCIAL -**

Deverá ser preenchido pelo candidato e entregue ao Médico Perito Oficial no momento do exame clínico e todas as páginas assinadas.

<b>NOME:</b>	
<b>ÓRGÃO:</b>	
<b>CARGO:</b>	<b>CPF:</b>
<b>SEXO:</b>	<b>ESTADO CIVIL:</b>
<b>DATA DE NASCIMENTO:</b>	<b>RAÇA/COR/ETNIA:</b>
<b>ASSINATURA:</b>	

Marque nos parênteses correspondentes, as repostas às perguntas aqui formuladas.

PERGUNTAS	SIM	NÃO	NÃO SEI
01 – Tem sérias e frequentes dores de cabeça?	( )	( )	
02 – Tem se sentido muito nervoso (a)?	( )	( )	
03 – Tem dormido mal?	( )	( )	
04 – Os seus dentes necessitam de tratamento?	( )	( )	( )
05 – Tem alguma alergia?	( )	( )	( )
06 – Sua pele tem alguma anormalidade?	( )	( )	
07 – Sua pele tem alguma doença crônica?	( )	( )	
08 – Tossiu ou cuspiu sangue?	( )	( )	
09 – Teve alguma doença pulmonar?	( )	( )	
10 – Sente falta de ar?	( )	( )	
11 – Tem pressão alta?	( )	( )	( )
12 – Seu coração, às vezes, bate mais rápido, teve alguma doença do coração?	( )	( )	
13 – Tem problemas intestinais ou estomacais?	( )	( )	
14 – Eliminou sangue nas suas fezes?	( )	( )	
15 – Sua pele já ficou totalmente amarelada (icterícia)?	( )	( )	
16 – Tem habitualmente dores nas juntas?	( )	( )	
17 – As suas juntas habitualmente incham?	( )	( )	
18 – Tem tido inchaço (edema) nas pernas?	( )	( )	
19 – Tem dores ou outros problemas na sua coluna vertebral?	( )	( )	
20 – Teve alguma parte do corpo paralisada?	( )	( )	
21 – Ficou alguma vez “sem sentido” (desmaiou)?	( )	( )	
22 – Teve convulsões?	( )	( )	
23 – Perdeu alguma vez sangue ou albumina na urina?	( )	( )	
24 – Teve algum problema de rins ou bexiga?	( )	( )	
25 – Teve doenças venéreas?	( )	( )	
26 – Teve alguma doença infecciosa (doença de chagas, tuberculose, hepatite, hanseníase, esquistossomose)? Especificar: _____	( )	( )	
27 – Tem alguma doença na visão?	( )	( )	
28 – Usa óculos ou lentes?	( )	( )	
29 – Tem tremores pelo corpo?	( )	( )	
30 – Alguém da família é diabético?	( )	( )	( )
31 – Foi tratado (a) de algum tumor?	( )	( )	
32 – Engordou ou emagreceu mais de cinco quilos durante o tratamento?	( )	( )	



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE  
REITORIA  
UNIDADE SIASS-UFCG

NOME:

ASSINATURA:

PERGUNTAS	SIM	NÃO	NÃO SEI
33 – Foi operado (a)? Especificar: _____	( )	( )	
34 – Já fraturou algum osso? Especificar: _____	( )	( )	
35 – Teve / tem alguma ferida que não cicatriza? _____	( )	( )	
36 – Acidentou-se fora do trabalho?	( )	( )	
37 – Teve acidente no trabalho? Se positivo, informe quando e descreva _____ _____ _____	( )	( )	
38 – Vacinou-se durante o tratamento do acidente?	( )	( )	
39 – Teve ou tem alguma doença profissional? Se positivo, especificar. _____ _____ _____	( )	( )	
40 – Fuma?	( )	( )	
41 – Fuma além de vinte cigarros em vinte e quatro horas?	( )	( )	
42 – Usa habitualmente bebida alcoólica?	( )	( )	
43 – Tem, ultimamente, aumentado a dose diária de bebida alcoólica?	( )	( )	
44 – Tem intranquilidade no lar	( )	( )	
45 – Está insatisfeito com seu cargo que exerce / exerceu?	( )	( )	
46 – Acha seu trabalho cansativo?	( )	( )	
47 – Tem faltado muito ao trabalho por doença?	( )	( )	
48 – Já teve ou está tendo assistência psiquiátrica ou psicológica?	( )	( )	
49 – Usa alguma medicação psiquiátrica atualmente? Relacionar ao quesito 53	( )	( )	
50 – Há ou houve na sua família algum membro em tratamento psiquiátrico ou psicológico?	( )	( )	( )
51 – Em caso afirmativo, houve necessidade de internação _____	( )	( )	
52 – Quais as suas ocupações anteriores? _____ _____ _____	( )	( )	
53 – Tem feito uso habitual de algum medicamento? Especificar _____ _____ _____	( )	( )	
54 – No momento está fazendo algum tratamento médico? Especificar _____ _____	( )	( )	



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE  
REITORIA  
UNIDADE SIASS-UFCG

**NOME:**

**ASSINATURA:**

PERGUNTAS	SIM	NÃO	NÃO SEI
55 – Tem alguma condição de saúde que, a seu ver, impeça ou faça restrições ao exercício do seu cargo? Se positivo, qual? _____ _____ _____	( )	( )	
56 – Alguma outra informação sobre sua saúde atual ou passada que julgue importante? Qual? _____ _____ _____	( )	( )	
57 – Considerando as respostas aos quesitos anteriores, julga-se APTO (A) a exercer o cargo na localidade para onde fez o concurso? 58 – Existe em algum dependente legal, doença que impeça o exercício do seu cargo na localidade para onde fez esse concurso? Se sim, especificar: _____ _____ _____	( )	( )	( )
59 – Descreva quais doenças você foi acometido (a) no passado e quais você é hoje portador (a): _____ _____ _____ _____ _____	( )	( )	

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 mais denominações legais aplicáveis.

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
**Local / Data**

\_\_\_\_\_  
**Assinatura**