

SECRETARIA DO PLANEJAMENTO – SEPLAG
COORDENADORIA DE PERÍCIA MÉDICA – COPEM
FORMULÁRIO PADRÃO SOBRE ANTECEDENTES CLÍNICO – CIRÚRGICOS

Informação sigilosa e confidencial em caráter obrigatório, sujeito às penalidades da lei no caso de preenchimento inverídico intencional – Art. 299 do Código Penal - Decreto Lei 2848/40

I - O candidato foi ou é portador de:

1. Doença infecto-contagiosa crônica com sintomas clínicos? Não Sim. Qual? _____
2. Moléstia psiquiátrica/depressão por período maior ou igual a 06 (seis) meses/internação psiquiátrica?
 Não Sim. Qual? _____
3. Patologia reumática crônica (reumatismo) com dor e inflamação articular?
 Não Sim - Qual? _____
4. Disfonia vocal/laringite crônica/ alergia respiratória/ rouquidão crônica? Não Sim. Qual? _____
5. Anomalia congênita ou doença genética ou síndrome clínica com distúrbio psicomotor ou do aprendizado, retardo do crescimento/desenvolvimento, paralisia cerebral ou má-formação? Não Sim. Qual? _____

II - O candidato sofreu ou sofre de:

1. Doença venérea de transmissão sexual (DST)? Não Sim. Qual? _____
2. Cirurgia, trauma ou sequela de traumatismo/fratura/paralisia? Não Sim. Qual? _____
3. Internação hospitalar prévia, cesariana, cirurgia, trauma, doença? Não Sim. Qual? _____
4. Hemorragia/ leucemia/ doença linfática/ anemia/ icterícia/ sangramento/transfusão/transplante?
 Não Sim - Qual? _____
5. Tumor/ câncer/ displasia mamária/ nódulo/ cisto/ neoplasia maligna comprovada por punção-biópsia/ citologia/ exame anátomo-patológico? Não Sim. Qual? _____
6. Angina/arritmia/isquemia/dor precordial/palpitação/crise hipertensiva? Não Sim. Qual? _____

III - O candidato fez ou faz uso crônico de medicação:

1. Anti-hipertensiva, analgésico, anti-inflamatório, hormônio, insulina, corticoide, digitalico, diurético, vasodilatador, anti-alérgico, quimioterapia, radioterapia, transfusão, antibiótico, broncodilatador, anti-ácido, reposição hormonal de estrógeno e progesterona, quimioterápico para tuberculose, hanseníase, AIDS, câncer?

Não Sim - Qual? _____

2. Psicotrópica controlada: tranquilizante, antidepressivo, sonífero hipnótico, anti-psicótico, narcótico, anti-convulsivante, estabilizador do humor, neuroléptico, lítio? Não Sim. Qual? _____

IV. O candidato necessitou ou necessita o uso de prótese/órtese/marcapasso/válvula cardíaca/transplante/by-pass arterial/membro mecânico/transfusão/aparelhos ópticos e de audição/revascularização miocárdica ou angioplastia/ponte de safena? Não Sim. Qual? _____

V. O candidato já foi impedido de doar sangue por motivo de: sorologia positiva para qualquer infecção ou alcoolismo ou toxicomania ou insuficiência de órgão vital ou doença do sangue?

Não Sim - Qual? _____

Por ser verdade, firmo o documento.

Local/Data: _____, _____ / _____ / _____ Assinatura: _____