



QUESTIONÁRIO PARA A AVALIAÇÃO / PERÍCIA MÉDICA [ETAPA 4]
(preencha de forma clara e sincera se tem ou teve as alternativas abaixo)

ANTECEDENTES PESSOAIS	SIM	NÃO		SIM	NÃO		SIM	NÃO
VOCÊ FEZ OU ESTA FAZENDO ALGUM TRATAMENTO DE SAÚDE?			DOENÇAS DE OUVIDO?			CIRURGIAS?		
DOENÇAS DOS OLHOS?			PERDA DE AUDIÇÃO / SURDEZ?			DOR AO URINAR?		
CIRURGIAS DOS OLHOS?			RINITE?			INFECÇÕES URINÁRIAS?		
USA PRÓTESE DENTÁRIA?			VERTIGEM / LABIRINTITE?			PEDRA NO RIM / LITÍASE?		
ENXERGA BEM?			SINUSITE?			PROBLEMAS NA PRÓSTATA?		
USA ÓCULOS OU LENTES?			DORES DE GARGANTA?			HEMODIÁLISE?		
CATARATA?			CALOS EM CORDAS VOCAIS?			CIRURGIAS DO APARELHO URINÁRIO?		
GLAUCOMA?			FENDA EM CORDA VOCAL?			CIRURGIAS NA COLUNA?		
DISFUNÇÃO DE ATM?			ROUQUIDÃO / ALTERAÇÕES DA VOZ?			DOENÇAS DA BACIA?		
ASMA?			ZUMBIDOS?			DOENÇAS DOS JOELHOS?		
DOENÇAS DO PULMÃO?			APNÉIA DO SONO?			FRATURAS OU QUEBRADURAS?		
FALTA DE AR?			PROBLEMAS DE TIREÓIDE?			TENDINITES?		
TOSSE PROLONGADA?			NÁUSEAS / VÔMITOS?			BURSITES?		
ENFISEMA?			QUEIMAÇÃO NO ESTÔMAGO?			FIBROMIALGIA?		
BRONQUITE?			DOR DE ESTÔMAGO?			REUMATISMO?		
DORES NO PEITO?			GASTRITE / ÚLCERA?			DORES NAS JUNTAS?		
DOENÇAS DO CORAÇÃO?			CIRROSE?			HÉRNIAS DE DISCO?		
INFARTO?			GORDURAS NO FÍGADO /ESTEATOSE?			DORES NA COLUNA?		
PRESSÃO ALTA?			PEDRAS NA VESÍCULA / LITÍASE?			ARTROSES / BICOS DE PAPAGAIO?		
ARRITMIA / PALPITAÇÃO?			PANCREATITE?			DESVIOS NA COLUNA?		
CORAÇÃO GRANDE?			ICTERÍCIA / AMARELÃO?			ESPORÃO?		
DERRAME?			HEPATITE?			TUBERCULOSE?		
DORES DE CABEÇA?			PRISÃO DE VENTRE?			ESQUISTOSSOMOSE?		
ENXAQUECAS?			CIRURGIA BARIÁTRICA?			MALÁRIA?		
DESMAIOS?			HEMORRÓIDAS?			RUBÉOLA?		
TONTURAS?			DIVERTICULITE?			SARAMPO?		
CRISES CONVULSIVAS?			OUTRAS DOENÇAS GASTROINTESTINAIS?			CATAPORA?		
OUTRAS DOENÇAS NEUROLÓGICAS?			HÉRNIAS (UMBILICAL / INGUINAL)?			MENINGITE?		
NERVOSISMO?			AUMENTO DO COLESTEROL?			PARALISIA INFANTIL?		
PÂNICO?			AUMENTO DOS TRIGLICÉRIDES?			ALERGIAS / DERMATITES?		
ESTRESSE?			DIABETES?			ANEMIAS?		
DEPRESSÃO?			OUTRAS DOENÇAS METABÓLICAS?			SANGRAMENTOS / HEMORRAGIAS?		
INSÔNIA?			INTOLERÂNCIA A LACTOSE?			CÂNCER?		
OUTRAS DOENÇAS PSIQUIÁTRICAS?			HIPOGLICEMIA?			CAXUMBA?		
			VARIZES?			DOENÇAS AUTOIMUNES?		



CIRURGIAS E INTERNAÇÕES

SIM NÃO

VOCÊ JÁ FEZ ALGUMA CIRURGIA?			
VOCÊ JÁ ESTEVE INTERNADO?			
FAZ USO DE MEDICAMENTOS?			
POSSUI DEFICIÊNCIA?			QUAL?

DIVERSOS

SIM NÃO

VOCÊ BEBE?			QUANTO?	HÁ QUANTO TEMPO?
VOCÊ FUMA?			QUANTOS CIGARROS /DIA?	HÁ QUANTO TEMPO?
VOCÊ USA OU USOU DROGAS?			QUAIS?	QUANTO / DIA? QUANDO?
PIERCINGS?			QUANTOS?	ONDE?
TATUAGENS?			QUANTAS?	ONDE?
TEM ALGUM HOBBY?			QUAL?	
TEM ALGUMA ALERGIA?			QUAL?	
PRATICA ALGUM ESPORTE?			QUAL?	QUANTAS VEZES / SEMANA?

VACINAÇÃO

SIM NÃO QUANDO?

SIM NÃO QUANDO?

VOCÊ JÁ FOI VACINADO?				BCG			
TÉTANO				FEBRE AMARELA			
HEPATITE B				TRÍPLICE BACTERIANA			
H1N1 / INFLUENZA				ANTI RÁBICA			
SCR (SARAMPO, CAXUMBA, RUBÉOLA)				OUTRAS			

ANTECEDENTES PROFISSIONAIS

QUAL A IDADE EM QUE COMEÇOU A TRABALHAR? _____
DESCREVA ABAIXO SEUS TRABALHOS (MESMO INFORMAIS), FUNÇÃO E TEMPO DE SERVIÇO DE CADA UM:

EMPRESA	FUNÇÃO	TEMPO DE SERVIÇO	RISCO

SIM NÃO QUANDO?

JÁ SE AFASTOU PELO INSS?			
JÁ TEVE ALGUM ACIDENTE DE TRABALHO?			
JÁ TRABALHOU COM RUÍDO?			



ESTADO DE GOIÁS
PREFEITURA MUNICIPAL DE GUAPÓ/GO
CONTINUIDADE DO CONCURSO PÚBLICO – EDITAL 001/2024
ORGANIZAÇÃO: INEP BRASIL



JÁ TRABALHOU COM QUÍMICOS?			
JÁ TRABALHOU COM POEIRAS?			
JÁ TRABALHOU COM ÓLEO DECORTE?			
JÁ TRABALHOU COM RESINAS?			
JÁ TRABALHOU COM LÃ DEVIDRO?			
JÁ TRABALHOU COM THINNER?			
JÁ TRABALHOU COM QUEROSENE?			
JÁ TRABALHOU COM REMOVEDORES?			
JÁ TRABALHOU COM GASOLINA? OU BENZENO?			
JÁ FOI READAPTADO?			EM QUAL POSTO?

APENAS MULHERES

SIM NÃO QUANDO?		SIM NÃO QUANDO?	
MENSTRUÇÃO REGULADA?		TUMOR / DOR NOS SEIOS?	QUAL?
TEM CORRIMENTO?		CIRURGIA GINECOLÓGICA?	
MIOMAS?		CISTOS OVARIANOS?	
PARTOS?		NORMAL QUANTOS?	CESÁREA QUANTOS?
DATA DOS PARTOS? (SEHOUVEREM)			
ABORTOS?		QUANTOS?	

DATA DA ÚLTIMA MENSTRUÇÃO:
USA MÉTODO ANTICONCEPCIONAL?

PÍLULA	INJETÁVEL	CAMISINHA	LAQUEADURA	DIU	ABSTINÊNCIA	INFERTILIDADE
PAPANICOLAU?		MAMOGRAFIA?				
ULTRASSOM?						

ANTECEDENTES FAMILIARES
DOENÇAS NA FAMÍLIA (PAIS, IRMÃOS, AVÓS E TIOS)

SIM NÃO		SIM NÃO	
DIABETES MELLITUS?		CÂNCER	
INFARTO MIOCÁRDIO		HEPATITE C	
PRESSÃO ALTA		DOENÇAS CONTAGIOSAS	
DERRAME (AVC)		OUTROS	

OBSERVAÇÕES DO CANDIDATO



DECLARAÇÃO

Eu, _____, inscrito(a) no CPF sob o número _____.____.____-____, candidato(a) ao cargo de _____, inscrição _____ no Concurso Público da Prefeitura Municipal de Guapó-GO, regido pelo Edital 001/2024, **DECLARO** ser expressão da verdade as informações por mim prestadas para este questionário não tendo omitido ou alterado nenhuma informação, sob condição de ser penalizado conforme legislação vigente”

Guapó-GO, _____ de ____ de 2026.

ASSINATURA POR EXTENSO DO(A) CANDIDATO(A)

ASSINATURA POR EXTENSO E CARIMBO DO(A) MEDICO(A) AVALIADOR(A)

INEP BRASIL