



**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 TIREÍODE?            |     | 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 TRIGLICÉRIDOS?        |     | ALERGIAS / DERMATITES?          |     |
| ESTRESSE?                                           |     |     | DIABETES?                         |     | ANEMIAS?                        |     |
| DEPRESSÃO?                                          |     |     | OUTRAS DOENÇAS METABÓLICAS?       |     | SANGRAMENTOS / HEMORRAGIAS?     |     |
| INSÔNIA?                                            |     |     | INTOLERÂNCIA A LACTOSE?           |     | CÂNCER?                         |     |
| OUTRAS DOENÇAS PSIQUIÁTRICAS?                       |     |     | HIPOGLICEMIA?                     |     | CAXUMBA?                        |     |
|                                                     |     |     | VARIZES?                          |     | DOENÇAS AUTOIMUNES?             |     |



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



**CIRURGIAS E INTERNAÇÕES**

**SIM NÃO**

|                              |                          |                                     |       |  |  |
|------------------------------|--------------------------|-------------------------------------|-------|--|--|
| VOCÊ JÁ FEZ ALGUMA CIRURGIA? | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |       |  |  |
| VOCÊ JÁ ESTEVE INTERNADO?    | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |       |  |  |
| FAZ USO DE MEDICAMENTOS?     | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |       |  |  |
| POSSUI DEFICIÊNCIA?          | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | QUAL? |  |  |

**DIVERSOS**

**SIM NÃO**

|                          |                          |                                     |                        |                         |  |         |
|--------------------------|--------------------------|-------------------------------------|------------------------|-------------------------|--|---------|
| VOCÊ BEBE?               | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | QUANTO?                | HÁ QUANTO TEMPO?        |  |         |
| VOCÊ FUMA?               | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | QUANTOS CIGARROS /DIA? | HÁ QUANTO TEMPO?        |  |         |
| VOCÊ USA OU USOU DROGAS? | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | QUAIS?                 | QUANTO / DIA?           |  | QUANDO? |
| PIERCINGS?               | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | QUANTOS?               | ONDE?                   |  |         |
| TATUAGENS?               | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | QUANTAS?               | ONDE?                   |  |         |
| TEM ALGUM HOBBY?         | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | QUAL?                  |                         |  |         |
| TEM ALGUMA ALERGIA?      | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | QUAL?                  |                         |  |         |
| PRATICA ALGUM ESPORTE?   | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | QUAL?                  | QUANTAS VEZES / SEMANA? |  |         |

**VACINAÇÃO**

**SIM NÃO QUANDO?**

**SIM NÃO QUANDO?**

|                                 |                          |                                     |                     |                          |                                     |                          |
|---------------------------------|--------------------------|-------------------------------------|---------------------|--------------------------|-------------------------------------|--------------------------|
| VOCÊ JÁ FOI VACINADO?           | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | BCG                 | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| TÉTANO                          | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | FEBRE AMARELA       | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| HEPATITE B                      | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | TRÍPLICE BACTERIANA | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| H1N1 / INFLUENZA                | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | ANTI RÁBICA         | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| SCR (SARAMPO, CAXUMBA, RUBÉOLA) | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | OUTRAS              | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**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?            | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |  |  |  |
| JÁ TEVE ALGUM ACIDENTE DE TRABALHO? | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |  |  |  |
| TRABALHOU COM RUÍDO?                | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |  |  |  |



**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 COMQUEROSENE?             |  |                |
| JÁ TRABALHOU COM REMOVEDORES?          |  |                |
| JÁ TRABALHOU COM GASOLINA? OU BENZENO? |  |                |
| JÁ FOI READAPTADO?                     |  | EM QUAL POSTO? |

## **APENAS MULHERES**

SIM NÃO QUANDO?

## **SIM NÃO QUANDO?**

|                                   |  |                        |         |          |
|-----------------------------------|--|------------------------|---------|----------|
| MENSTRUAÇÃO REGULADA?             |  | TUMOR / DOR NOS SEIOS? |         | QUAL?    |
| TEM CORRIMENTO?                   |  | CIRURGIA GINECOLÓGICA? |         |          |
| MIOMAS?                           |  | CISTOS OVARIANOS?      |         |          |
| PARTOS?                           |  | NORMAL QUANTOS?        | CESÁREA | QUANTOS? |
| DATA DOS PARTOS?<br>(SE HOUVEREM) |  |                        |         |          |
| ABORTOS?                          |  | QUANTOS?               |         |          |

DATA DA ÚLTIMA MENSTRUAÇÃO:  
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

| SÍNTESIS           |  | SÍNTESIS            |  |  |
|--------------------|--|---------------------|--|--|
| 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**