



<b>NOME:</b>	<b>CPF:</b>
<b>ÓRGÃO:</b>	<b>CARGO:</b>

1 - Tem alguma queixa relativa à saúde?

SIM  NÃO

2 - Já foi acometido (a) de alguma doença anteriormente?

SIM  NÃO

3 - Tem história de doença na família?

SIM  NÃO

4 - Já foi submetido (a) a algum tipo de cirurgia?

SIM  NÃO

5 - Já esteve internado (a) alguma vez?

SIM  NÃO

6 - Tem alergia a algum tipo de medicamento, alimento, etc.?

SIM  NÃO

Qual? \_\_\_\_\_

7 - Usa algum tipo de medicamento regularmente?

SIM  NÃO

Qual? \_\_\_\_\_

8 - Faz alguma atividade física?

SIM  NÃO

9 - Tem ou já teve algum tipo de transtorno psiquiátrico?

SIM  NÃO

10 - Faz uso de tabaco, álcool e outras drogas?

SIM  NÃO

11 - Tem filhos?

SIM  NÃO

Quantos? \_\_\_\_\_ Idade (s): \_\_\_\_\_

12 - Já sofreu algum tipo de acidente?

SIM  NÃO

13 - Já sofreu algum tipo de fratura?

SIM  NÃO

14 - Algum problema de saúde na família (atualmente) ?

SIM  NÃO

15 - Existe algum problema que impeça a viagem para outra localidade?

SIM  NÃO

**DECLARO, estar ciente de que prestar declaração falsa é crime previsto no art. 299 do Código Penal Brasileiro, sujeitando o declarante às suas penas, sem prejuízo de outras sanções cabíveis.**

Aracaju, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Candidato