



2. Condições e Hábitos de Vida: (Assinale com X em todos os itens e especifique, se for o caso)

			ESPECIFICAR (se for o caso)
1. Fuma	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	
2. Pratica esportes	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	
3. Alimenta-se bem	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	
4. Mora em residência com água e esgoto	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	
5. Faz uso de algum medicamento de forma contínua?	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	

3. Antecedentes de Doenças na Família (Pai, mãe, irmãos):

			ESPECIFIQUE
1. Pressão alta	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	
2. Doenças do coração	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	
3. Reumatismo	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	
4. Diabete	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	
5. Doenças do pulmão	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	
6. Doenças cerebrais	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	

4. Houve alguma modificação no seu estado de saúde nos últimos anos? SIM NÃO

Qual modificação e quando aconteceu?

5. Apresenta no momento alguma impossibilidade de assumir de forma plena o cargo ou função a que está se propondo?

SIM NÃO

Especifique: _____

6. Já possui outro cargo Público além deste que está assumindo? SIM NÃO

Caso a resposta seja positiva, especificar (qual é o cargo e qual a esfera de atuação se municipal, federal ou estadual):

7. Declaro serem verdadeiras as informações acima prestadas, comprometendo-me a submeter-me aos exames clínicos e laboratoriais que venham a ser solicitados, a partir desta data, pela Secretaria de Estado da Administração, através da Divisão de Medicina e Saúde Ocupacional, para comprovação ou elucidação do afirmado na presente declaração, bem como estou ciente que posso ser responsabilizado nas esferas administrativa, civil e criminal pela incorreção de qualquer uma das informações prestadas.

Local: _____ Data: ____/____/____.

(Assinatura do Candidato)