



**Instituto de Previdência Social dos Servidores Públicos de Viana**  
**Estado do Espírito Santo**

---

**Convocação para apresentação de exames e laudos médicos - Cargo Administrativos - sem riscos**

O convocado deverá realizar, às suas próprias expensas, os seguintes exames e laudos médicos:

1) Exames laboratoriais:

- 1.1 hemograma completo, VDRL;
- 1.2 glicose em jejum;
- 1.3 creatinina, EAS;
- 1.4 PSA Prostático - para todos os homens acima de 40 anos de idade
- 1.5 Fezes;
- 1.6 Raio X do Tórax (com laudo);

2) Avaliações clínicas especializadas:

- 2.1 parecer do oftalmologista com acuidade visual;
- 2.2 parecer do cardiologista com eletrocardiograma;
- 2.3 parecer psiquiátrico;
- 2.4 laudo Ortopédico (LER Ocupacional);
- 2.5 Laudo Dermatológico;
- 2.6 Laudo Otorrinolaringológico;
- 2.7 Laudo Odontológico.
- 2.8 parecer do Médico do Trabalho com emissão de Atestado de Saúde Ocupacional – ASO.

OBS.: Nos laudos dos exames acima mencionados deverão constar, carimbo do médico contendo a especialidade do emitente, e o número do registro no Conselho Regional de Medicina – CRM.

3) O convocado deverá preencher a **Ficha de Informações Médicas**:

Deve o candidato convocado observar os seguintes procedimentos:

O candidato deverá apresentar a Ficha de Informações Médicas, bem como os **exames e laudos médicos**, acima indicados no prazo estabelecido na sua convocação a Junta Médica Oficial do IPREVI.

Os documentos deverão ser apresentados em sua versão original ou mediante cópia devidamente autenticada.

A não apresentação da documentação no prazo assinalado acarretará a eliminação do candidato.



**Instituto de Previdência Social dos Servidores Públicos de Viana  
Estado do Espírito Santo**

**Ficha de Informações Médicas**

**ATENÇÃO !!! Leia antes de começar a responder**

As informações prestadas nesta ficha são de inteira responsabilidade do candidato e devem ser fornecidas com autenticidade. Ao proceder a avaliação do contido nesta Ficha e fundada em critérios médicos, o médico perito poderá exigir do candidato exames complementares hábeis a esclarecer as informações ora aqui prestadas.

NOME: \_\_\_\_\_

Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_. Sexo: ( ) Masc. ( ) Fem. Estado Civil: \_\_\_\_\_

Naturalidade: \_\_\_\_\_ Cargo : \_\_\_\_\_

Endereço/telefone: \_\_\_\_\_

**1. Antecedentes Clínicos/Cirúrgicos (Assinale com X em todos os itens e especifique abaixo)**

1. Doenças do Coração	( ) SIM	( ) NÃO	12. Fez ou faz Tratamento Psiquiátrico	( ) SIM	( ) NÃO
2. Pressão Alta	( ) SIM	( ) NÃO	13. Fez ou faz Tratamento Psicológico	( ) SIM	( ) NÃO
3. Doenças do pulmão	( ) SIM	( ) NÃO	14. Doenças da Audição/Ouvidos/Labirintites	( ) SIM	( ) NÃO
4. Asma/Bronquite/Rinite	( ) SIM	( ) NÃO	15. Doenças da Visão/Olhos	( ) SIM	( ) NÃO
5. Alergias	( ) SIM	( ) NÃO	16. Diabetes	( ) SIM	( ) NÃO
6. Doenças do Fígado	( ) SIM	( ) NÃO	17. Doenças do Estômago / Intestinos	( ) SIM	( ) NÃO
7. Doenças do Rim	( ) SIM	( ) NÃO	18. Já fez Tratamento de Fraturas	( ) SIM	( ) NÃO
8. Tumores	( ) SIM	( ) NÃO	19. Submeteu-se a alguma Cirurgia	( ) SIM	( ) NÃO
9. Doenças Reumáticas/artrose/osteoporose	( ) SIM	( ) NÃO	20. Esteve Internado nos últimos 2 anos	( ) SIM	( ) NÃO
10. Convulsões / Desmaios	( ) SIM	( ) NÃO	21. Possui algum problema congênito (de nascença)	( ) SIM	( ) NÃO
11. Doenças Neurológicas	( ) SIM	( ) NÃO	22. Doenças da Pele	( ) SIM	( ) NÃO
23. Já fez ou faz Tratamento da Coluna Cervical, Dorsal, Lombar, Ombros, Cotovelos, Joelhos, Punhos ou Hérnia de Disco?	( ) SIM	( ) NÃO		( ) SIM	( ) NÃO
24. Apresenta alguma Doença Ossea ou Neuromuscular que limite a atividade laboral?	( ) SIM	( ) NÃO		( ) SIM	( ) NÃO
25. Já fez ou faz Tratamento de Ulceras Varicosas ou Trombose de Membros Inferiores?	( ) SIM	( ) NÃO		( ) SIM	( ) NÃO
26. Encontra-se em LICENÇA MEDICA no Paraná ou outro Estado (INSS ou outro Orgão Pericial Oficial)?	( ) SIM	( ) NÃO		( ) SIM	( ) NÃO

**ATENÇÃO !!! SE QUALQUER DAS RESPOSTAS DO QUESTIONÁRIO ACIMA FOR "SIM", ESCLAREÇA ABAIXO:**

ITEM	ESPECIFIQUE (mencionar data do episódio, o tratamento na época e qual a situação atual)

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



**Instituto de Previdência Social dos Servidores Públicos de Viana  
Estado do Espírito Santo**

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

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

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

Houve alguma modificação no seu estado de saúde nos últimos anos?

SIM  NAO Qual modificação e quando aconteceu?

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

SIM  NAO  
Especifique:

Já possui outro cargo Público além deste que está assumindo?

SIM  NAO

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

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, pelo Instituto de Previdência Social dos Servidores Públicos de Viana, através da Perícia Médica Oficial, 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)