





**SECRETARIA DE ESTADO DA ADMINISTRAÇÃO E PREVIDÊNCIA  
DEPARTAMENTO DE SAÚDE DO SERVIDOR – DSS  
DIVISÃO DE PERÍCIA MÉDICA - DPM**

**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	( ) SIM	( ) NÃO	
2. Pratica esportes	( ) SIM	( ) NÃO	
3. Alimenta-se bem	( ) SIM	( ) NÃO	
4. Mora em residência com água e esgoto	( ) SIM	( ) NÃO	
5. Faz uso de algum medicamento de forma contínua?	( ) SIM	( ) NÃO	

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

			ESPECIFIQUE
1. Pressão alta	( ) SIM	( ) NÃO	
2. Doenças do coração	( ) SIM	( ) NÃO	
3. Reumatismo	( ) SIM	( ) NÃO	
4. Diabete	( ) SIM	( ) NÃO	
5. Doenças do pulmão	( ) SIM	( ) NÃO	
6. Doenças cerebrais	( ) SIM	( ) 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)