



Subsecretaria de
Gestão de Pessoas
SUGESP



Secretaria Municipal
de Administração
SEMAD



SIASS – Serviço Integrado de
Atenção à Saúde do Servidor

1 IDENTIFICAÇÃO DO(A) CANDIDATO(A)

Nome completo:

Documento de identidade (RG): CPF:

Data de nascimento: / / Cargo pretendido:

Nº de inscrição:

Telefone: E-mail:

**COLAR
FOTO 3x4
(recente)**

2 QUESTIONÁRIO CLÍNICO (autopreenchimento)

Nº	PERGUNTAS	SIM	NÃO
1	Tem ou já teve alguma doença importante ou de tratamento prolongado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Já esteve internado(a) em hospital?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Usa algum medicamento de forma regular ou contínua?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Possui algum problema cardíaco diagnosticado ou faz uso de medicação para o coração ou para pressão arterial?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Já sentiu dor no peito, falta de ar ou mal-estar importante aos esforços ou em repouso?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Apresentou tontura, desequilíbrio, convulsão ou perda de consciência?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Possui problema ósseo, articular ou muscular que limite suas atividades?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Possui alguma alteração de audição ou de visão?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	Já foi submetido(a) a alguma cirurgia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	Tem ou já teve problema alérgico, asma ou bronquite?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	Tem ou já teve acompanhamento ou tratamento neurológico ou psiquiátrico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	Faz ou já fez uso problemático de álcool, tabaco ou outras substâncias?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	Já ficou afastado(a) do trabalho por motivo de saúde (inclusive com perícia do INSS)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	Existe doença comum a vários membros da sua família (ex.: hipertensão, diabetes, asma, epilepsia)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15	Sabe de alguma razão de saúde que possa impedir o exercício das atribuições do cargo pretendido?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Detalhamentos / informações complementares (quando necessário):

3 DECLARAÇÃO

Declaro que as informações por mim prestadas neste questionário são verdadeiras e completas, responsabilizando-me pelas consequências legais deste ato, inclusive por declarações falsas ou omissão de dados relevantes ao conhecimento do(a) médico(a) avaliador(a) e do SIASS, nos termos da legislação vigente (art. 299 do Código Penal). Autorizo a utilização destas informações para a avaliação clínica de aptidão e para a homologação prevista no Edital nº 02/2025.

4 LOCAL E DATA

Local: _____

Data: _____ / _____ / _____

5 ASSINATURA DO(A) CANDIDATO(A)

Assinatura do(a) candidato(a)