



## QUESTIONÁRIO – EXAME ADMISSIONAL

### IDENTIFICAÇÃO PESSOAL:

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

D.N.: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ ( \_\_\_\_ ANOS) RG: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_- \_\_\_\_

ENDEREÇO: \_\_\_\_\_

CIDADE: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_ ESTADO CIVIL: \_\_\_\_\_

SEXO: ( ) F ( ) M TELEFONES: \_\_\_\_\_

RAÇA/COR/ETNIA: ( ) BRANCO ( ) PRETO ( ) PARDO ( ) AMARELO ( ) INDIGENA

EMAIL: \_\_\_\_\_

### IDENTIFICAÇÃO PROFISSIONAL:

CARGO / FUNÇÃO: \_\_\_\_\_

SECRETARIA: SES – DF NOMEAÇÃO NO DODF Nº \_\_\_\_ DE \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

### DADOS SOCIOLÓGICOS:

NATURALIDADE: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_ NACIONALIDADE: \_\_\_\_\_

ESCOLARIDADE: \_\_\_\_\_

Nº DE FILHOS: \_\_\_\_\_ Nº DE DEPENDENTES: \_\_\_\_\_

HABITAÇÃO: Nº de cômodos: \_\_\_\_\_ Nº de pessoas na residência: \_\_\_\_\_ Alvenaria ( ) S ( ) N

Água tratada: ( ) S ( ) N Luz ( ) S ( ) N Esgoto ( ) S ( ) N

### EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL ANTERIOR:

### HISTÓRICO PREGRESSO:

1. Possui ou já possuiu vínculo no GDF? ( ) S ( ) N Qual? \_\_\_\_\_

2. Sofreu algum acidente de trabalho? ( ) S ( ) N Qual? \_\_\_\_\_

3. Adquiriu alguma doença do trabalho? ( ) S ( ) N Qual? \_\_\_\_\_

4. Tem alguma restrição de atividade laboral? ( ) S ( ) N Qual? \_\_\_\_\_

5. É PCD? ( ) S ( ) N Qual? \_\_\_\_\_

6. Tem algum hobby / passatempo? ( ) S ( ) N Qual? \_\_\_\_\_



7. Faz uso de drogas ilícitas? ( ) S ( ) N Qual? \_\_\_\_\_

8. Faz uso de algum medicamento? ( ) S ( ) N Qual? \_\_\_\_\_

9. Passou por algum procedimento cirúrgico? ( ) S ( ) N Qual? \_\_\_\_\_

10. Pratica atividade física? ( ) S ( ) N Qual? \_\_\_\_\_

11. Tabagista? ( ) > 20 cigarros/dia ( ) < 20 cigarros/dia ( ) parou > 10 a ( ) parou < 10 a ( ) Nunca

12. Faz uso de bebida alcoólica? ( ) Diariamente ( ) Ocasionalmente ( ) Nos finais de semana ( ) Nunca

13. Vacinação: ( ) Atualizada ( ) Atrasada Qual? \_\_\_\_\_ ( ) Não sabe informar

14. Apresenta alguma das doenças abaixo relacionadas?

( ) Diabetes

( ) Hipertensão Arterial

( ) Doença / Dor na coluna vertebral Qual? \_\_\_\_\_

( ) Alergia Qual? \_\_\_\_\_

( ) Doença Reumática Qual? \_\_\_\_\_

( ) Doença Cardíaca Qual? \_\_\_\_\_

( ) Doença Renal Qual? \_\_\_\_\_

( ) Distúrbios da Visão Qual? \_\_\_\_\_

( ) Alteração Hormonal Qual? \_\_\_\_\_

( ) Doença Neurológica Qual? \_\_\_\_\_

( ) Cefaléia /Enxaqueca

( ) Distúrbio gastrintestinal Qual? \_\_\_\_\_

( ) Doença Pulmonar? Qual? \_\_\_\_\_

( ) Doença Hepática Qual? \_\_\_\_\_

( ) Doença Vascular Qual? \_\_\_\_\_

( ) Distúrbio da Audição Qual? \_\_\_\_\_

( ) Transtorno Mental / Psiquiátrico Qual? \_\_\_\_\_

( ) Neoplasia / Câncer Qual? \_\_\_\_\_

( ) Outros: \_\_\_\_\_

( ) Nego qualquer uma das doenças acima relacionadas.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

ASSINATURA