

**ANEXO VI**

(EDITAL CBMMG nº 10/2025)

(A que se refere o art 1º, inciso II, da Resolução SEPLAG nº36, de 10 de maio de 2022)

**QUESTIONÁRIO DE ANTECEDENTES CLÍNICOS**

NOME:

CPF:

RG:

SEXO: ( )M ( )F

IDADE:

CARGO:

MASP (se tiver):

**01 - Informar sobre os sintomas ou alterações abaixo relacionadas**

**SINTOMAS/ALTERAÇÕES**

**SIM**

**NÃO**

Dor no peito

Alterações na voz

Distúrbios do sono

Variações no peso

Problemas de pele

Distúrbio visual

Dor abdominal

Escarro com sangue

Inchaço nas pernas

Distúrbios de audição

Problemas digestivos		
Problemas para urinar		
Alteração de apetite		
Prisão no ventre		
Diarreias		
Dificuldade para engolir		
Alterações no volume e na frequência da urina		
Dificuldades frequentes no trabalho		
Dificuldades no relacionamento familiar		
Dificuldade no relacionamento interpessoal		
Nervosismo		
Pressão alta		
Falta de ar		
Tosse		
Suor noturno		
Dor nas articulações		
Dor na coluna		

Ansiedade		
Tristeza		
Desconfiança		
Outros problemas que não estão relacionados acima		
02 - Faz uso de medicação de uso contínuo ou controlado ( )Não ( )Sim Quais ? (citar todos, inclusive a dosagem).		
03 - Faz, ou já fez, algum controle médico específico (oncológico, cardiológico, neurológico, endocrinológico, pneumológico, outro) ? ( )Não ( )Sim. Qual(is) ?		
04 - Já sofreu internação hospitalar (por doença, cirurgia ou outro procedimento) ? ( )Não ( ) Sim. Qual(is) ?		
05 - Já sofreu alguma fratura ? ( )Não ( )Sim. Tipo(s) ?		
06 - Já se afastou do trabalho por motivo de ordem médica em qualquer instância (municipal, estadual ou INSS) ? ( )Não ( )Sim. Qual ? Por quais períodos ? Por quais motivos ?		
07 - Apresenta ou já apresentou problemas de audição ou visão ? ( )Não ( )Sim. Qual(is) ?		
08 - É tabagista ? ( )Não ( )Sim. Cigarros/dia ? Há quanto tempo ?		
09 - É etilista (consome bebida alcoólica) ? ( )Não ( )Sim. Quantidade: _____ Frequência: _____		
10 - Apresenta ou já apresentou doença psiquiátrica (depressão, ansiedade, esgotamento nervoso, tentativas de suicídio ou quaisquer outras) ? ( )Não ( )Sim. Qual(is) ?		

11 - Apresenta ou já apresentou doença relacionada à voz (disfonia, laringite crônica, rouquidão crônica ou outra)? ( )Não ( )Sim. Qual(is) ?
12 - Apresenta ou já apresentou alergia respiratória (asma, bronquite, rinite alérgica ou outra) ou a medicamentos? ( )Não ( )Sim. Qual(is) ?
13 - Apresenta ou já apresentou alguma doença infectocontagiosa ? ( )Não ( )Sim. Qual(is) ?
14 - Apresenta ou já apresentou dores ou doenças osteomusculares (por exemplo: fibromialgia, artroses, artrites, etc.) ? ( )Não ( )Sim. Qual(is) ?
15 - Apresenta ou já apresentou alguma doença que não foi mencionada acima ? ( )Não ( )Sim. Qual(is) ?
16 - Já teve algum acidente de trânsito ? ( )Não ( )Sim. Qual(is) ?
17 - Possui Carteira Nacional de Habilitação (CNH) válida ? ( )Não ( )Sim.
18 - Tem filhos ? ( )Não ( )Sim. Quantos ?

Declaro estar ciente do disposto no art. 299 do Código Penal Brasileiro e, sob as penas da lei, serem verdadeiras as informações prestadas, responsabilizando-me por qualquer dado inverídico.

Local \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**Assinatura do declarante**