



DECLARAÇÃO DE HISTÓRICO E ESTADO DE SAÚDE

Eu, _____, R.G. _____,
declaro ao Médico Perito da Junta Médica do Estado da Bahia, para fins de exame Médico Admissional que, com referência às questões abaixo (**deve ser preenchido e assinado pelo candidato**);

1. Sou portador de algum tipo de Doença (Patologia): () sim () não
2. Sou portador de Deficiência visual (Cegueira o Visão Monocular): () sim () não
3. Sou portador de Deficiência auditiva: () sim () não
4. Sou portador de algum tipo de Deficiência Física: () sim () não
5. Sofri Amputação em Membros Superiores e/ou Inferiores = () sim () não ***Se positivo**, especifique, em qual membro, e o motivo: _____
6. Dor, "formigamento", "queimação" em alguma parte do corpo durante o trabalho, ou movimentos em geral e em repouso: () sinto () não sinto
7. Sinto cansaço, tontura, mal estar durante o trabalho, ou, ao realizar qualquer esforço físico, durante o trabalho: () sinto () não sinto
8. Passado de cirurgias, internamentos por doenças ou por acidentes: () sim () não ***Se positivo**, especifique: _____
9. Uso medicamentos controlados (**Tarja Preta**): () sim () não ***Se positivo**, especifique medicamentos e motivo: _____
10. Já fui afastado por doença (Licença Médica por mais de 15 dias) pelo INSS, Junta Médica do Estado, ou outro órgão de Previdência: () sim () não ***Se positivo**, especifique o motivo: _____
11. Estou com Sintomas relacionadas à Covid-19: () sim () não *** Em caso afirmativo**, quais? _____
12. **Estou Aposentado por Invalidez**: () não () sim ***Se positivo**, especifique o motivo _____

Declaro sob as penas das Leis, que as informações acima correspondem à verdade.

Salvador (BA), ____/____/____

Assinatura do Candidato