

**INFORMAÇÃO PESSOAL,***(nos termos da Lei nº 12.527/2011 e regulamentada pelo Decreto nº 7.724/2012).***ANEXO W****MARINHA DO BRASIL****DS-08****DIRETORIA-GERAL DO PESSOAL DA MARINHA  
DIRETORIA DE SAÚDE DA MARINHA  
FOLHA DE ANAMNESE DIRIGIDA**

ADMISSÃO AO CONCURSO OU PROCESSO SELETIVO: \_\_\_\_\_  
 NOME: \_\_\_\_\_ IDENTIDADE: \_\_\_\_\_  
 ENDEREÇO: \_\_\_\_\_ TELEFONE \_\_\_\_\_

01. Já teve: ( ) sarampo ( ) catapora ( ) caxumba ( ) rubéola ( ) meningite ( ) Nenhuma destas  
 02. Fuma? ( ) 1 a 10 cigarros/dia ( ) 11 a 20 cigarros/dia ( ) mais 21 cigarros/dia ( ) Não  
 03. Usa bebidas alcoólicas? ( ) Socialmente ( ) Diariamente ( ) Raramente ( ) Não  
 04. Usa ou usou drogas ilícitas/entorpecentes (maconha, cocaína, crack, LSD, etc)?  
 ( ) Diariamente ( ) Semanalmente ( ) Raramente ( ) Experimentalmente ( ) Nunca  
 05. Usa ou usou anabolizantes? ( ) Frequentemente ( ) Raramente ( ) Experimentalmente ( ) Nunca  
 06. Na sua família (pai, mãe, irmãos, tios e tias, avós) existem casos de:  
 ( ) Morte súbita antes dos 50 anos ( ) Pressão alta ( ) Problemas no coração ( ) Câncer  
 ( ) Diabetes ( ) Anemias ( ) Doença Psiquiátrica ( ) Nenhuma destas

**VOCÊ APRESENTOU OU APRESENTA:**

		<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>
<b>07</b>	Traumas ou pancadas na cabeça?	( )	( )
<b>08</b>	Convulsões, epilepsia ou necessidade de acompanhamento com Neurologista?	( )	( )
<b>09</b>	Doenças psiquiátricas ou acompanhamento psicológico?	( )	( )
<b>10</b>	Desequilíbrio, tonteira ou desmaio ao realizar esforço físico?	( )	( )
<b>11</b>	Dor ou desconforto no peito ao realizar esforço físico ou no repouso?	( )	( )
<b>12</b>	Falhas ou disparadas no coração?	( )	( )
<b>13</b>	Sopro no coração?	( )	( )
<b>14</b>	Pressão alta?	( )	( )
<b>15</b>	Asma ou bronquite ou necessitou realizar nebulização em algum momento? Data aproximada da última crise:	( )	( )
<b>16</b>	Exame com dosagem elevada de açúcar no sangue (Diabetes)?	( )	( )
<b>17</b>	Dor nos ossos ou articulações que pioram com a atividade física?	( )	( )
<b>18</b>	Problemas, dor ou limitação dos movimentos da coluna vertebral?	( )	( )
<b>19</b>	Indicação do médico para uso de palmilha?	( )	( )
<b>20</b>	Deslocamento ou dor nos joelhos e ombros durante a atividade física ou repouso?	( )	( )
<b>21</b>	Acompanhamento médico na Traumatologia, Ortopedia, Reumatologia ou na Fisioterapia?	( )	( )
<b>22</b>	Limitação na realização de algum movimento do corpo?	( )	( )
<b>23</b>	Fraturas (ossos quebrados)?	( )	( )
<b>24</b>	Indicação do uso de alguma medicação (pressão alta, anti-inflamatório, anticonvulsivantes e psiquiátrica)?	( )	( )
<b>25</b>	Necessidade de alguma cirurgia (amígdalas, fimose, hérnia, apendicite, ossos, coração, rim, etc.)?	( )	( )
<b>26</b>	Necessidade de internação hospitalar?	( )	( )
<b>27</b>	Indicação do uso de óculos ou lentes de contato ?	( )	( )
<b>28</b>	Necessidade de cirurgia nos olhos ou uso de medicação indicada pelo oftalmologista?	( )	( )
<b>29</b>	Cicatrizes ou tatuagens?	( )	( )
<b>30</b>	Alguma alergia (alimentos, poeira, medicamentos, etc.)?	( )	( )
<b>31</b>	Hepatite diagnosticada por médico ou exame laboratorial?	( )	( )
<b>32</b>	Doenças venéreas?	( )	( )
<b>33</b>	Doenças de pele?	( )	( )
<b>34</b>	Algum sintoma ou indicação/necessidade de acompanhamento médico?	( )	( )
<b>35</b>	Reprovação em algum exame de saúde realizado nas Forças Armadas, Polícia ou Bombeiro Militar?	( )	( )
<b>ASSUMO TOTAL RESPONSABILIDADE PELAS INFORMAÇÕES ACIMA PRESTADAS:</b> _____, em ___/___/____			
<b>ASSINATURA DO CANDIDATO</b>			