

COMISSÃO DE SELEÇÃO PERMANENTE DAS FORÇAS ARMADAS 002 - RECIFE-PE

DADOS A SEREM PREENCHIDOS PELO CONSCRITO

1. VOCÊ TEM ALGUM PROBLEMA DE SAÚDE OU DOENÇA? ()SIM ()NÃO

SE SIM, QUAL?

2. VOCÊ FAZ USO REGULAR DE ALGUM MEDICAMENTO? ()SIM ()NÃO

SE SIM, QUAL?

3. VOCÊ SENTE DORES NAS COSTAS? ()SIM ()NÃO

SE SIM, EM QUAL?

4. VOCÊ SENTE DORES EM ALGUM JOELHO OU TORNOZELO? ()SIM ()NÃO

SE SIM, EM QUAL?

5. VOCÊ SENTE DORES EM ALGUM OMBRO, COTOVELO OU PULSO? ()SIM ()NÃO

SE SIM, QUAL?

6. VOCÊ JÁ TEVE CONVULSÕES, DESMAIOS OU ATAQUES EPILÉTICOS?

()SIM ()NÃO

7. VOCÊ JÁ SOFREU ALGUMA FRATURA? ()SIM ()NÃO

SE SIM, EM QUAL PARTE DO CORPO?

8. VOCÊ TEM PRESSÃO ALTA? ()SIM ()NÃO

SE SIM, QUAL O TIPO?

9. VOCÊ JÁ SENTIU DORES NO PEITO OU POSSUI ALGUM PROBLEMA NO CORAÇÃO?

()SIM ()NÃO

10. VOCÊ É DIABÉTICO? ()SIM ()NÃO

SE SIM, QUAL O TIPO?

11. VOCÊ TEM ALGUMA ALERGIA? ()SIM ()NÃO

SE SIM, A QUÊ?

12. TEM ALGUMA DOENÇA SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEL?

()SIM ()NÃO

13. TEM OU TEVE ALGUM PROBLEMA PSIQUIÁTRICO (DEPRESSÃO, ANSIEDADE, CRISE DO PÂNICO ETC.)? ()SIM ()NÃO

SE SIM, QUAL?

14. TEM OU TEVE TUBERCULOSE, BRONQUITE OU ASMA? ()SIM ()NÃO

SE SIM, QUAL?

15. JÁ FOI INTERNADO? ()SIM ()NÃO

SE SIM, QUAL O MOTIVO?

16. JÁ FEZ CIRURGIA? ()SIM ()NÃO

SE SIM, QUAL?

17. TEM ALGUM PROBLEMA DE VISÃO? ()SIM ()NÃO

SE SIM, QUAL?

18. TEM UM PROBLEMA DE AUDIÇÃO? ()SIM ()NÃO

SE SIM, QUAL?

19. QUER ACRESCENTAR MAIS ALGUMA INFORMAÇÃO RELACIONADA A SUA ATUAL CONDIÇÃO DE SAÚDE? ()SIM ()NÃO

SE SIM, UTILIZE O ESPAÇO ABAIXO:

DECLARAÇÃO

EU, _____, CPF _____, RA _____, DECLARO COMO EXPRESSÃO DA VERDADE, PARA TODOS OS EFEITOS QUE POSSAM OCORRER, QUE OS DADOS AQUI APRESENTADOS POR MIM, PERANTE ESTA COMISSÃO DE SELEÇÃO PERMANENTE DAS FORÇAS ARMADAS DE RECIFE-PE EM ____/____/2025, SÃO VERDADEIROS E ESTÃO DE ACORDO COM A MINHA LIVRE E ESPONTÂNEA VONTADE.

ASSINATURA DO CONSCRITO

NOME COMPLETO: _____

TURNO: ()MANHÃ () TARDE

CRACHÁ Nº _____

CAMPO A SER PREENCHIDO PELO PIS (AVALIAR ODONTO)

PERECER DO DENTISTA: () APTO () INAPTO

CID (MOTIVO): _____

OUTRAS INFORMAÇÕES JULGADAS ÚTEIS (SFC):

CAMPO A SER PREENCHIDO PELO PIS (REALIZAR MEDIÇÕES)

PESO: _____ KG ALTURA: _____ METROS FORÇA: _____

CABEÇA: _____ CM CALÇADO: _____ CINTURA: _____ CM

UNIFORME: _____ PRESSÃO ARTERIAL (SFC): ____/____

ACUIDADE VISUAL: _____

ACUIDADE AUDITIVA: _____

CAMPO A SER PREENCHIDO PELO PIS (AVALIAR FÍSICO)

PARECER FINAL DO MÉDICO: () APTO () INAPTO

SE INAPTO, QUAL TIPO: () B1 () B2 () C

CID: _____

OUTRAS INFORMAÇÕES JULGADAS ÚTEIS (SFC):

AS INFORMAÇÕES CONTIDAS NESSE DOCUMENTO SÃO DE CARÁTER CONFIDENCIAL E SEU CONTEÚDO DEVE SER PRESERVADO.

NÚMERO DO TELEFONE: () _____

FICHA DE INSPEÇÃO DE SAÚDE DE CONSCRITO

FICHA DE INSPÇÃO DE SADE DE CONSCRITO	
COMISSAO DE SELECAO PERMANENTE DAS FORAS ARMADAS 002 - RECIFE-PE	
DADOS A SEREM PREENCHIDOS PELO CONSCRITO	
1. VOCE TEM ALGUM PROBLEMA DE SAUDE OU DOENCA? () SIM () NAO SE SIM, QUAL? 2. VOCE FAZ USO REGULAR DE ALGUM MEDICAMENTO? () SIM () NAO SE SIM, QUAL? 3. VOCE SENTE DORES NAS COSTAS? () SIM () NAO SE SIM, QUAL? 4. VOCE SENTE DORES EM ALGUM JOELHO OU TORNOZELO? () SIM () NAO SE SIM, EM QUAL? 5. VOCE SENTE DORES EM ALGUM OMBRO, COTOVELO OU PULSO? () SIM () NAO SE SIM, QUAL? 6. VOCE JA TEVE CONVULSOES, DESMAIOS OU ATAQUES EPILETTICOS? () SIM () NAO 7. VOCE JA SOFREU ALGUMA FRATURA? () SIM () NAO SE SIM, EM QUAL PARTE DO CORPO? 8. VOCE TEM PRESSAO ALTA? () SIM () NAO 9. VOCE JA SENTIU DORES NO PEITO OU POSSUI ALGUM PROBLEMA NO CORACAO? () SIM () NAO SE SIM, QUAL? 10. VOCE E DIABETICO? () SIM () NAO SE SIM, QUAL O TIPO? 11. VOCE TEM ALGUMA ALERGIA? () SIM () NAO SE SIM, A QUE? 12. TEM ALGUMA DOENCA SEXUALMENTE TRANSMISSIVEL? () SIM () NAO 13. TEM OU TEVE ALGUM PROBLEMA PSQUIATRICO (DEPRESSAO, ANSIEDADE, CRISE DO PANICO ETC.)? () SIM () NAO SE SIM, QUAL? 14. TEM OU TEVE TUBERCULOSE, BRONQUITE OU ASMA? () SIM () NAO SE SIM, QUAL? 15. JA FOI INTERNADO? () SIM () NAO SE SIM, QUAL O MOTIVO? 16. JA FEZ CIRURGIA? () SIM () NAO SE SIM, QUAL? 17. TEM ALGUM PROBLEMA DE VISAO? () SIM () NAO SE SIM, QUAL? 18. TEM UM PROBLEMA DE AUDICAO? () SIM () NAO SE SIM, QUAL? 19. QUER ACRESCENTAR MAIS ALGUMA INFORMACAO RELACIONADA A SUA ATUAL CONDICAO DE SAUDE? () SIM () NAO SE SIM, UTILIZE O ESPACO ABAIXO: _____ _____ _____ DECLARACAO	
EU, _____, CPF _____, DECLARO COMO EXPRESSAO DA VERDADE, PARA TODOS OS EFETOS QUE POSSAM OCORRER, QUE OS DADOS AQUI APRESENTADOS POR MIM, PERANTE ESTA COMISSAO DE SELECAO PERMANENTE DAS FORAS ARMADAS DE RECIFE-PE EM ____/____/2025, SAO VERDADEIROS E ESTAO DE ACORDO COM A MINHA LIVRE E ESPONTANEA VONTADE.	
ASSINATURA DO CONSCRITO	

NOME COMPLETO: _____	
TURNO: () MANHA () TARDE	
CRACHA Nº _____	
CAMPO A SER PREENCHIDO PELO PIS (AVALIAR ODONTO)	
PERCEBER DO DENTISTA: () APTO () INAPTO CID (MOTIVO): _____ OUTRAS INFORMACOES JULGADAS UTEIS (SFC): _____ _____ _____ _____ CAMPO A SER PREENCHIDO PELO PIS (REALIZAR MEDICOES)	
PESO: _____ KG ALTURA: _____ METROS FORCA: _____ CM	CABECA: _____ CM CALCADO: _____ CINTURA: _____ CM
UNIFORME: _____ PRESSAO ARTERIAL (SFC): ____/____	ACUIDADE VISUAL: _____
ACUIDADE AUDITIVA: _____	
CAMPO A SER PREENCHIDO PELO PIS (AVALIAR FISICO)	
PARCEBER FINAL DO MEDICO: () APTO () INAPTO SE INAPTO, QUAL TIPO: () B1 () B2 () C CID: _____ OUTRAS INFORMACOES JULGADAS UTEIS (SFC): _____ _____ _____ _____ CAMPO A SER PREENCHIDO PELO PIS (AVALIAR FISICO)	
AS INFORMACOES CONTIDAS NESSE DOCUMENTO SAO DE CARATER CONFIDENCIAL E SEU CONTEUDO DEVE SER PRESERVADO.	
NUMERO DO TELEFONE: () _____	