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		
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		
9. VOCÊ JÁ SENTIU DORES NO PEITO OU POSSUI ALGUM PROBLEMA NO CORAÇÃO?		
()SIM ()NÃO		
SE SIM, QUAL?		
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 SE SIM, QUAL?		
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		
RADECLARO 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		
ADDRING CONSCRIPTION		

NOME COMPLETO:
TURNO: ()MANHÃ () TARDE
CRACHÁ N°
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 SI CONTEÚDO DEVE SER PRESERVADO.
NÚMERO DO TELEFONE: ()

FICHA DE INSPEÇÃO DE SAÚDE DE CONSCRITO

	ASSINATURA DO CONSCRITO
и́смево во тегероме: (RA SÃO VERDADEIROS E ESTÃO DE ACORDO COM A MINHA LIVRE E ESPONTÂNEA VONTADE. SÃO VERDADEIROS E ESTÃO DE ACORDO COM A MINHA LIVRE E ESPONTÂNEA VONTADE. 1.2025, COMISSÃO DE SELEÇÃO PERMANENTE DAS FORÇAS ARMADAS DE RECIFE-PE EM / /2025, COMISSÃO DE SELEÇÃO PERMANENTE ESTA / /2025, COMISSÃO DE SELEÇÃO PERMANENTE ESTA / /2025, COMISSÃO DE SELEÇÃO DE ACORDO COM A MINHA LIVRE E ESPONTÂNEA VONTADE.
CONTEÚDO DEVE SER PRESERVADO.	EU,
AS INFORMAÇÕES CONTIDAS NESSE DOCUMENTO SÃO DE CARÁTER CONFIDENCIAL E SEU	DECLARAÇÃO
	SE SIW, UTILIZE O ESPAÇO ABAIXO:
	SAUDE? ()SIM ()NÃO
OUTRAS INFORMAÇÕES JULGADAS ÚTEIS (SFC):	19. ÓNEK YCKESCENTAR MAIS ALGUMA INFORMAÇÃO RELACIONADA A SUA ATUAL CONDIÇÃO DE
CID:	18. TEM UM PROBLEMA DE AUDIÇÃO? ()SIM ()NÃO SE SIM, QUAL?
	SE SIM, QUAL?
SE INAPTO, QUAL TIPO: () B1 () B2 () C	17. LEW ALGUM PROBLEMA DE VISÃO? ()SIM ()NÃO
PARECER FINAL DO MÉDICO: () APTO () INAPTO	16. 1A FEZ CIRURGIA? ()SIM ()NÃO
	SE SIM, QUAL O MOTIVO?
CVMBO V SEK PREENCHIDO PELO PIS (AVALIAR FÍSICO)	12. 1Å FOI INTERNADO? ()SIM ()NÃO
	14. TEM OU TEVE TUBERCULOSE, BRONQUITE OU ASMA? ()SIM ()NÃO
- WALLAND ON THE CONTROL OF THE CONT	SE SIM, QUAL?
ACUIDADE AUDITIVA:	13. TEM OU TEVE ALGUM PROBLEMA PSIQUIÁTRICO (DEPRESSÃO, ANSIEDADE, CRISE DO PÂNICO ETC.)? ()SIM ()NÃO
VCOIDADE VISUAL:	SE SIM, QUAL?
	OÁV() MIS()
UNIFORME: PRESSÃO ARTERIAL (SFC): /	IT. LEW ATGUMA DOENÇA SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEL?? SE SIM, A QUE?
CYBEÇA: CM CALÇADO: CINTURA: CM	II. VOCÊ TEM ALGUMA ALERGIA? ()SIM ()NÃO
beso: KG ALURA: METROS FORÇA:	SE SIM, QUAL O TIPO?
Vodos sodrav Vdiriv SA Osad	SE SIM, QUAL?
CYMIO Y SEK PREENCHIDO PELO PIS (REALIZAR MEDIÇÕES)	OÁV() MI2()
	8. VOCÊ TEM PRESSÃO ALTA? (-)SIM (-)NÃO 9. VOCÊ JÁ SENTIU DORES NO PEITO OU POSSUI ALGUM PROBLEMA NO CORAÇÃO?
	SE SIM, EM QUAL PARTE DO CORPO?
	7. VOCÊ JA SOFREU ALGUMA FRATURA? ()SIM ()MÃO
	6. VOCÊ JÁ TEVE CONVULSÕES, DESMAIOS OU ATAQUES EPILÉTICOS? ()SIM ()NÃO
OUTRAS INFORMAÇÕES JULGADAS ÚTEIS (SFC):	SE SIM, QUAL?
CID (WOLLAO):	5. VOCÊ SENTE DORES EM ALGUM OMBRO, COTOVELO OU PULSO? ()SIM ()NÃO
	## AOCÊ SENTE DORES EM ALGUM JOELHO OU TORNOZELO? (
PERECER DO DENTISTA: () APTO () INAPTO	3. VOCÊ SENTE DORES NAS COSTAS? ()SIM ()NÃO
CAMPO A SER PREENCHIDO PELO PIS (AVALIAR ODONTO)	SE SIM, QUAL? S. VOCÉ FAZ USO REGULAR DE ALGUM MEDICAMENTO? ()SIM ()NÃO
OLEOGO WITTEN SIGNIFICATION OF THE COLLEGE OF THE C	SE SIM, QUAL?
CBYCHY No	I. VOCÊ TEM ALGUM PROBLEMA DE SAÚDE OU DOENÇA? ()SIM ()NÃO
TURNO: () MANHÂ () TARDE	DVDOS Y SEKEM BKEENCHIDOS BETO CONSCKILO

NOME COMPLETO:

COMISSYO DE SETECYO LEBANVAEALE DVS ŁOBĆVS VBAVDDVS 007 - BECIŁE-LE LICHY DE INSPEÇÃO DE SAÚDE DE CONSCRITO