



**GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO**  
**POLÍCIA MILITAR DO ESPÍRITO SANTO**  
CONCURSO PÚBLICO PARA ADMISSÃO DE SOLDADO COMBATENTE (QPMP-C)  
E FORMAÇÃO DE CADASTRO DE RESERVA  
**ANEXO I AO EDITAL Nº 029/2014 – CFSd/2014, de 07 de janeiro de 2014**

**FORMULÁRIO DE DECLARAÇÃO PARA INSPEÇÃO PELA JMS**

<b>I - IDENTIFICAÇÃO</b>			
<b>NOME:</b>			
<b>CPF:</b>		<b>IDENTIDADE:</b>	
<b>ESTADO CIVIL:</b>		<b>PROFISSÃO ANTERIOR:</b>	
<b>FILIAÇÃO: (PAI)</b>			
<b>(MÃE)</b>			
<b>TELEFONE: Res. DDD ( )</b>		<b>Cel. DDD ( )</b>	
<b>E-MAIL:</b>			
<b>ENDEREÇO:</b>			<b>Nº:</b>
<b>BAIRRO:</b>			
<b>CIDADE:</b>		<b>UF:</b>	<b>CEP:</b>
<b>II – QUESTIONÁRIO</b>			
<b>As perguntas de nº 1 a 22 referem-se a você e a de nº 23 refere-se a seus familiares.</b>			
1- Teve ou tem alguma doença importante ou de tratamento prolongado? ( ) Sim ( ) Não Se Positivo especificar:			
a) Já esteve internado? ( ) Sim ( ) Não Se Positivo especificar:			
b) Fez ou faz algum tipo de tratamento? ( ) Sim ( ) Não Se Positivo especificar:			
c) Usou ou usa algum medicamento regularmente? ( ) Sim ( ) Não Se Positivo especificar:			
2- Algum médico já disse que você possui problema de coração e que só deveria realizar atividade física supervisionado por profissionais de saúde? ( ) Sim ( ) Não Se Positivo especificar:			
3- Você sente dor no peito quando pratica atividade física? ( ) Sim ( ) Não Se Positivo especificar:			
4- No último mês, você sentiu dor no peito quando praticava atividade física? ( ) Sim ( ) Não Se Positivo especificar:			
5- Você apresenta desequilíbrio devido à tontura e/ou perda de consciência? ( ) Sim ( ) Não Se Positivo especificar:			
6- Você possui problema ósseo ou articular que é agravado pela atividade física? ( ) Sim ( ) Não Se Positivo especificar:			
7- Você ultimamente toma algum medicamento para pressão arterial e/ou problema de coração? ( ) Sim ( ) Não Se Positivo especificar:			
8- Sofreu ou sofre algum problema de audição ou visão? ( ) Sim ( ) Não Se Positivo especificar:			

9- Já foi submetido a alguma cirurgia? ( ) Sim ( ) Não Se Positivo especificar:
10- Já foi submetido à cirurgia oftalmológica? ( ) Sim ( ) Não Se Positivo especificar:
11- Usou ou usa colírios rotineiramente? ( ) Sim ( ) Não Se Positivo especificar:
12- Já fez outro tipo de tratamento oftalmológico? ( ) Sim ( ) Não Se Positivo especificar:
13- Sofreu ou sofre problema alérgico, asma, bronquite? ( ) Sim ( ) Não Se Positivo especificar:
14- Teve ou tem zumbidos, vertigens ou otite? ( ) Sim ( ) Não Se Positivo especificar:
15- Você é portador de varizes de membros inferiores? ( ) Sim ( ) Não Se Positivo especificar:
16- Sendo mulher, data da última menstruação. ____/____/____
17- Usou arma de fogo ou trabalhou ou esteve exposto a ambiente com alto nível de ruído? ( ) Sim ( ) Não Se Positivo especificar:
18- Sofreu ou sofre problemas neurológicos, psiquiátricos, convulsões ou desmaios? ( ) Sim ( ) Não Se Positivo especificar:
19- Teve ou tem algum vício? (álcool, drogas, tabaco, outros)? ( ) Sim ( ) Não Se Positivo especificar:
20- Sabe de alguma outra razão pela qual você não deve realizar atividade física: ( ) Sim ( ) Não Se Positivo especificar:
21- Já foi candidato à inclusão na PMES/CBOM em ocasião anterior? ( ) Sim ( ) Não Se Positivo especificar: Foi eliminado em qual exame?
22- Já trabalhou anteriormente na PMES? ( ) Sim ( ) Não Se positivo, quando, onde e por que saiu?
23- Existe alguma doença que seja comum a vários membros da família? ( ) Sim ( ) Não Se Positivo especificar:

Declaro que as informações por mim prestadas são verdadeiras, responsabilizando-me pelas consequências legais deste ato e por declarações falsas ou omissões de dados que dizem respeito às perguntas acima.

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

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Candidato