

ANEXO IV – TERMO DE RESPONSABILIDADE E QUESTIONÁRIO DE TRIAGEM DO CANDIDATO PARA O TAF

Eu, _____, portador(a) do RG nº _____, e CPF nº _____, DECLARO, para fins de concessão de realização do teste de Aptidão Física – TAF, que estou ciente que a documentação entregue referente ao laudo médico solicitado no edital de abertura é verídico e não sofreu alterações e nem falsificações, bem como, ratifico expressamente através deste termo, responsabilizar-me pela minha saúde, logo estando apto(a) para praticar esforço físico na data de realização do teste. E atesto a veracidade das informações prestadas neste questionário, assumindo total responsabilidade pelas respostas:

INFORMAÇÕES LAUDO MÉDICO

O laudo médico encontra-se dentro do prazo de 60 dias conforme edital?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim
Como está sua saúde geral:	
Observação:	

HISTÓRICO DE SAÚDE

Apresenta alguma condição médica/problema de saúde?	<input type="checkbox"/> Hipertensão Arterial (pressão alta) <input type="checkbox"/> Hipotensão Arterial (pressão baixa) <input type="checkbox"/> Distúrbios Cardíacas <input type="checkbox"/> Dist. ósseos <input type="checkbox"/> Dist. respiratórios <input type="checkbox"/> Dist. Musculares ou Articulares <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Hipoglicemia <input type="checkbox"/> Outro(s): _____
Foi submetido a cirurgias recentemente?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim, Qual? _____
Faz uso regular de medicamento?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim, Qual? _____
É alérgico a algum medicamento?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim, Qual? _____
Teve alguma lesão muscular ou óssea recentemente?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim, Qual? _____
Pratica atividades físicas regularmente?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim
Faz uso habitual de bebida alcoólica?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim
É fumante?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim
Fez uso de termogênico ou qualquer substância com cafeína ou estimuladores?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim
Alimentou-se bem hoje e recentemente?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim
Está devidamente hidratado?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim
Nos últimos 30 dias, experimentou dores no peito?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim
Já teve episódios de desmaio ou tontura?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim
Encontra-se em pleno bem-estar no dia de hoje?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim

[EXCLUSIVO PARA CANDIDATAS DO SEXO FEMININO]:

Declaro que conheço e cumpro os requisitos e procedimentos para candidatas em estado de Gravidez ou Puerperal do Edital de Abertura.

Data: ___/___/___ Assinatura do Candidato(a): _____