

**ANEXO III.2****Questionário Individual de Saúde**

(composto por 2 páginas em frente e verso)

Nome do candidato \_\_\_\_\_

Data de Nascimento |\_\_|\_\_|-|\_\_|\_\_|-|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|

BI/CC n.º |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| Validade |\_\_|\_\_|-|\_\_|\_\_|-|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|

Estado Civil \_\_\_\_\_

Morada \_\_\_\_\_

Código Postal |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|-|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| Localidade \_\_\_\_\_

Telefone n.º |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|

**No momento do preenchimento deste questionário o candidato deverá ser portador de:**

- a) Bilhete de Identidade;
- b) Boletim Individual de Saúde atualizado em relação à vacina antitetânica e hepatite B;
- c) Radiografia do tórax e exames complementares de diagnóstico que o médico considerar convenientes.

O presente questionário constitui documento sujeito a sigilo,  
devendo ficar na posse do médico ou dos serviços de saúde.

**QUESTIONÁRIO INDIVIDUAL DE SAÚDE****1. SISTEMA MUSCULO-ESQUELÉTICO - Ausência de deficiência motora permanente, congénita, ou adquirida, com repercussão na aprendizagem**  
\_\_\_\_\_**2. VISÃO – Ausência de deficiência visual permanente bilateral – cegueira e baixa visão**

Acuidade visual \_\_\_\_\_

Sem correção \_\_\_\_\_

Com correção \_\_\_\_\_

Senso cromático (ausência de daltonismo)  
\_\_\_\_\_

**3. AUDIÇÃO – ausência de deficiência auditiva bilateral de grau severo ou profundo**

Perda auditiva \_\_\_\_\_

Sem correção \_\_\_\_\_

Com correção \_\_\_\_\_

**4. OLFATO**

\_\_\_\_\_

**5. SENSIBILIDADE (TÁTIL, TÉRMICA E ÁLGICA)**

\_\_\_\_\_

**6. SISTEMA NEURO-MUSCULAR**

Coordenação \_\_\_\_\_

Movimentos involuntários \_\_\_\_\_

Alteração da linguagem e da fala \_\_\_\_\_

Défice motor \_\_\_\_\_

Atrofia muscular \_\_\_\_\_

**7. COMPORTAMENTO**

Alterações de comportamento \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**8. COMUNICAÇÃO INTERPESSOAL**

Atenção \_\_\_\_\_

Coerência do discurso \_\_\_\_\_

Outros \_\_\_\_\_

**9. MEDICAÇÃO HABITUAL**

\_\_\_\_\_

**10. OBSERVAÇÕES:**

\_\_\_\_\_

CONCLUSÕES: APTO |\_\_| (a inscrever em declaração médica autónoma) NÃO APTO |\_\_|

O MÉDICO

Emitido em \_\_\_\_\_ |\_\_|\_|\_\_|\_|\_\_|\_|\_\_|\_|\_\_|\_|\_\_|\_|

N.º de Inscrição na Ordem dos Médicos \_\_\_\_\_