

**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 (TÁCTIL, 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 \_\_\_\_\_