

**Anexo B – (Anverso)****COMANDO DA AERONÁUTICA  
DIRETORIA DE SAÚDE****(NOME DA ORGANIZAÇÃO MILITAR)****Ficha de Anamnese de Inspeção Inicial**

ESTA INFORMAÇÃO SERVE APENAS PARA USO OFICIAL E NÃO DEVE SER ENTREGUE A PESSOAS NÃO AUTORIZADAS

1 – NOME POR EXTENSO (LETRA DE FORMA OU DATILOGRAFADA)		2 – CATEGORIA /POSTO		3 - IDENTIFICAÇÃO	
4 – SEXO	5 – COR	6 - DATA DE NASCIMENTO		7 – NACIONALIDADE - NATURALIDADE	
<p>2- Se Mulher:          Idade da primeira menstruação: _____          Menstrua regularmente? ( ) sim: não ( ).          Usa algum método anticoncepcional – ( ) sim: não ( ). Qual? _____          Já não menstrua mais? ( ) sim: não ( ). Desde quando? _____          Faz o exame preventivo do colo do útero anualmente? ( ) sim: não ( ).          Informar: Filhos? ( ) sim: não ( ). Quantos? _____ Parto vaginal? ( ) sim: não ( ). Cesária? ( ) sim: não ( ).</p>					
3- Verificação da Carteira de Imunização;					
<p>4- Cirurgias anteriores ( amígdalas, apêndice, hérnias ou qualquer outra?)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• a.</li> <li>• b.</li> <li>• c.</li> </ul>					
<p>5- Sabe informar se é portador de alguma doença crônica? (hipertensão, diabetes, hipotireoidismo, obesidade, bronquites ou artrites, por exemplo)?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• a.</li> <li>• b.</li> <li>• c.</li> </ul>					
<p>6- Medicamentos de uso regular: ( calmantes, antidepressivos, anticonvulsivantes, remédio para pressão ou para o coração, por exemplo)?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• a.</li> <li>• b.</li> <li>• c.</li> </ul>					
<p>7- Quais doenças você já teve? (catapora, herpes, caxumba, rubéola, escarlatina, mononucleose ou hepatites por exemplo)?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• a.</li> <li>• b.</li> <li>• c.</li> </ul>					
8- No momento você tem alguma queixa relacionada à sua saúde/ doenças? ( ) sim: não ( ). Qual?					
9- Você consome bebidas alcoólicas regularmente? ( ) sim: não ( ). Qual? _____ Quanto? _____ Com que frequência? _____					
10- Você faz uso de alguma outra droga, lícita ou ilícita, mesmo que eventualmente? Qual? Quanto? Com que frequência?					
11- Usa óculos ou lentes de contato? ( ) sim: não ( ).					
12- Uso aparelho auditivo? ( ) sim: não ( ).					
13- Usa ou já usou colete ortopédico? ( ) sim: não ( ).					
14- Cite doenças e/ou cirúrgicos que porventura tenham acometido seus pais ou irmãos					
15- Já exerceu algum trabalho onde sua saúde esteve exposto a riscos? Qual?					

**Continuação do Anexo B**  
(DEVERÁ SER IMPRESSO NO REVERSO)

SIM	NÃO	ASSINALAR CADA ITEM SIM OU NÃO, TODO ITEM MARCADO "SIM" DEVE SER DISCRIMINADO NO ESPAÇO EM BRANCO À DIREITA	
		16 – Deixou de assumir um cargo por:	
		a. Sensibilidade a produtos químicos, poeira, luz solar, etc.	
		b. Impossibilidade de executar certos movimentos	
		c. Incapacidade para assumir certas posições	
		d. Outras razões médicas (em caso afirmativo, dar razões)	
		17 – Trabalhou alguma vez com substâncias radioativas?	
		18 – Teve dificuldades com assuntos escolares ou com professores? (em caso afirmativo apresentar detalhes)	
		19 – Foi recusado para algum cargo por causa de saúde? (em caso afirmativo dar as razões e apresentar detalhes)	
		20 – Foi-lhe, alguma vez negado seguro de vida? (em caso afirmativo dar as razões e apresentar detalhes)	
		21 – Esteve alguma vez, como paciente (encaminhado ou voluntário) em hospital ou sanatório de doenças mentais? (em caso afirmativo, especificar quando, onde, porque e o nome do médico e ainda o endereço completo do hospital ou clínica)	
		22 – Teve alguma doença ou acidente além dos aqui citados? (em caso afirmativo, especificar quando, onde, porque e apresentar detalhes)	
		23 – Consultou ou fez tratamento com médico ou outro profissional de saúde nos últimos 05 anos? (caso afirmativo, o endereço completo do nome do médico, hospital, clínica e detalhes)	
		24 – Tratou-se sozinho por qualquer outra doença que não fosse simples resfriado? (em caso afirmativo, qual a doença?)	
		25 – Foi alguma vez rejeitado para o serviço militar por motivos físicos, mentais ou outros? (em caso afirmativo, apresentar a data e o motivo da rejeição)	
		26 – Foi alguma vez afastado do serviço militar por motivos físicos, mentais ou outros? (em caso afirmativo, apresentar a data, a razão e espécie de afastamento, se honroso, outro que não este, incapacidade ou falta de adaptação)	
<p>Atesto que examinei a informação acima, por mim fornecida, que a mesma está certa e completa tanto quanto me é dado saber. Autorizo qualquer dos médicos, hospitais ou clínicas, mencionados acima, a fornecer ao CEMAL uma cópia completa da minha ficha médica para fins de que seja avaliada minha condição para atividade pretendida.</p>			
Local e dada:		Assinatura	
34 - Resumo do médico e elaboração de todos os dados pertinentes. (O médico deve opinar sobre todas as respostas afirmativas).			
Nome do médico ou examinador		Data	Número de folhas anexas