

**PREFEITURA MUNICIPAL DE APARECIDA DE GOIANIA
SECRETARIA MUNICIPAL DE ADMINISTRAÇÃO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL E GUARDA MUNICIPAL**

**ANEXO VII - RELATORIO MÉDICO DE INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES
PARA MÉDICO OTORRINOLARINGOLOGISTA, MÉDICO ORTOPEDISTA E MÉDICO
OFTALMOLOGISTA**

**RELATORIO MÉDICO DE INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES
PARA MÉDICO OTORRINOLARINGOLOGISTA**

SOLICITAÇÃO DE INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Prezado Doutor (a)

A Secretaria Municipal de Administração de Aparecida de Goiânia, a fim de melhor avaliar a real condição de saúde física e mental dos candidatos que pleiteiam neste momento concorrer ao ingresso na carreira de **Guarda Municipal** da cidade de Aparecida de Goiânia, em concordância **LEI Nº 10.826** (regulamentada pelo decreto 5123) de 22 de dezembro de 2003, que em seu item III do Art. 4º aborda sobre a comprovação de capacidade técnica e de aptidão psicológica para o manuseio de arma de fogo, assim como o que trata o Código Penal em seu Art. 26 sobre inimizabilidade e finalmente observando os dispostos nos artigos 17, 21, 80, 86 e 91 do **Código de Ética Médica** solicita o preenchimento deste relatório.

Atenciosamente,
Aparecida de Goiânia, _____, de _____ de 2012.

Assinatura e Carimbo do(a) Médico (a):

Assinatura do(a) Candidato (a):

CANDIDATO (A) :

ENDEREÇO: _____

POSSUI O CANDIDATO ALGUMA PATOLOGIA QUE COMPROMETA A SUA
CAPACIDADE EM EFETUAR DISPAROS COM ARMA DE FOGO?
SIM() NÃO() QUAL?

POSSUI O CANDIDATO ALGUMA PATOLOGIA QUE COMPROMETA A SUA CAPACIDADE EM MUNICIAR UM CARREGADOR DE UMA PISTOLA?
SIM() NÃO() QUAL?

POSSUI O CANDIDATO ALGUMA PATOLOGIA QUE COMPROMETA A SUA CAPACIDADE EM CARREGAR E ALIMENTAR UMA PISTOLA?
SIM() NÃO() QUAL?

POSSUI O CANDIDATO ALGUMA PATOLOGIA QUE COMPROMETA A SUA CAPACIDADE EM MUNICIAR UM REVOLVER?
SIM() NÃO() QUAL?

POSSUI O CANDIDATO ALGUMA PATOLOGIA QUE COMPROMETA A SUA CAPACIDADE EM ALGEMAR UMA PESSOA?
SIM() NÃO() QUAL?

POSSUI O CANDIDATO ALGUMA PATOLOGIA QUE COMPROMETA A SUA CAPACIDADE EM EXECUTAR TECNICAS DE IMOBILIZAÇÃO E/OU DEFESA PESSOAL?
SIM() NÃO() QUAL?

POSSUI O CANDIDATO ALGUMA PATOLOGIA QUE COMPROMETA A SUA CAPACIDADE EM REALIZAR OS TESTES DE APTIDÃO FISICA PREVISTOS NESTE CONCURSO?
SIM() NÃO() QUAL?

O CANDIDATO É PORTADOR DE ALGUMA ORTESE E/OU PROTESE?
SIM() NÃO() QUAL?

CIDADE _____ DATA _____

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO (A) ASSISTENTE.

**PREFEITURA MUNICIPAL DE APARECIDA DE GOIANIA
SECRETARIA MUNICIPAL DE ADMINISTRAÇÃO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL E GUARDA MUNICIPAL**

**RELATORIO MÉDICO DE INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES
PARA MÉDICO (A) OFTALMOLOGISTA**

SOLICITAÇÃO DE INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Prezado Doutor (a)

A Secretaria Municipal de Administração de Aparecida de Goiânia, a fim de melhor avaliar a real condição de saúde física e mental dos candidatos que pleiteiam neste momento concorrer ao ingresso na carreira de **Guarda Municipal** da cidade de Aparecida de Goiânia, em concordância com a **LEI Nº 10.826** (regulamentada pelo decreto 5123) de 22 de dezembro de 2003, que em seu item III do Art. 4º aborda sobre a comprovação de capacidade técnica e de aptidão psicológica para o manuseio de arma de fogo, assim como o que trata o Código Penal em seu Art. 26 sobre inimputabilidade e finalmente observando os dispostos nos artigos 17, 21, 80, 86 e 91 do **Código de Ética Médica** solicita o preenchimento deste relatório.

Atenciosamente,

Aparecida de Goiânia, _____, de _____ de 2012.

Assinatura e Carimbo do(a) Médico (a):

Assinatura do(a) Candidato (a):

CANDIDATO (A) :

ENDEREÇO: _____

POSSUI O CANDIDATO ALGUMA PATOLOGIA QUE COMPROMETA A SUA CAPACIDADE EM EFETUAR DISPAROS COM ARMA DE FOGO?

SIM() NÃO() QUAL?

POSSUI O CANDIDATO ALGUMA PATOLOGIA QUE COMPROMETA A SUA CAPACIDADE EM MUNICIAR UM CARREGADOR DE UMA PISTOLA?

SIM() NÃO() QUAL?

POSSUI O CANDIDATO ALGUMA PATOLOGIA QUE COMPROMETA A SUA CAPACIDADE EM CARREGAR E ALIMENTAR UMA PISTOLA?

SIM() NÃO() QUAL?

POSSUI O CANDIDATO ALGUMA PATOLOGIA QUE COMPROMETA A SUA CAPACIDADE EM MUNICIAR UM REVOLVER?
SIM() NÃO() QUAL?

POSSUI O CANDIDATO ALGUMA PATOLOGIA QUE COMPROMETA A SUA CAPACIDADE EM ALGEMAR UMA PESSOA?
SIM() NÃO() QUAL?

POSSUI O CANDIDATO ALGUMA PATOLOGIA QUE COMPROMETA A SUA CAPACIDADE EM EXECUTAR TECNICAS DE IMOBILIZAÇÃO E/OU DEFESA PESSOAL?
SIM() NÃO() QUAL?

POSSUI O CANDIDATO ALGUMA PATOLOGIA QUE COMPROMETA A SUA CAPACIDADE EM REALIZAR OS TESTES DE APTIDÃO FISICA PREVISTOS NESTE CONCURSO?
SIM() NÃO() QUAL?

CIDADE _____ DATA _____

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO (A) ASSISTENTE.

**PREFEITURA MUNICIPAL DE APARECIDA DE GOIANIA
SECRETARIA MUNICIPAL DE ADMINISTRAÇÃO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL E GUARDA MUNICIPAL**

**RELATORIO MÉDICO DE INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES
PARA MÉDICO ORTOPEDISTA**

SOLICITAÇÃO DE INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Prezado Doutor (a)

A Secretaria Municipal de Administração de Aparecida de Goiânia, a fim de melhor avaliar a real condição de saúde física e mental dos candidatos que pleiteiam neste momento concorrer ao ingresso na carreira de **Guarda Municipal** da cidade de Aparecida de Goiânia, em concordância **LEI Nº 10.826** (regulamentada pelo decreto 5123) de 22 de dezembro de 2003, que em seu item III do Art. 4º aborda sobre a comprovação de capacidade técnica e de aptidão psicológica para o manuseio de arma de fogo, assim como o que trata o Código Penal em seu Art. 26 sobre inimizabilidade e finalmente observando os dispostos nos artigos 17, 21, 80, 86 e 91 do **Código de Ética Médica** solicita o preenchimento deste relatório.

Atenciosamente,

Aparecida de Goiânia, _____, de _____ de 2012.

Assinatura e Carimbo do(a) Médico (a):

Assinatura do(a) Candidato (a):

CANDIDATO (A) :

ENDEREÇO: _____

POSSUI O CANDIDATO ALGUMA PATOLOGIA QUE COMPROMETA A SUA CAPACIDADE EM EFETUAR DISPAROS COM ARMA DE FOGO?

SIM() NÃO() QUAL?

POSSUI O CANDIDATO ALGUMA PATOLOGIA QUE COMPROMETA A SUA CAPACIDADE EM MUNICIAR UM CARREGADOR DE UMA PISTOLA?

SIM() NÃO() QUAL?

POSSUI O CANDIDATO ALGUMA PATOLOGIA QUE COMPROMETA A SUA CAPACIDADE EM CARREGAR E ALIMENTAR UMA PISTOLA?

SIM() NÃO() QUAL?

POSSUI O CANDIDATO ALGUMA PATOLOGIA QUE COMPROMETA A SUA CAPACIDADE EM MUNICIAR UM REVOLVER?
SIM() NÃO() QUAL?

POSSUI O CANDIDATO ALGUMA PATOLOGIA QUE COMPROMETA A SUA CAPACIDADE EM ALGEMAR UMA PESSOA?
SIM() NÃO() QUAL?

POSSUI O CANDIDATO ALGUMA PATOLOGIA QUE COMPROMETA A SUA CAPACIDADE EM EXECUTAR TECNICAS DE IMOBILIZAÇÃO E/OU DEFESA PESSOAL?
SIM() NÃO() QUAL?

POSSUI O CANDIDATO ALGUMA PATOLOGIA QUE COMPROMETA A SUA CAPACIDADE EM REALIZAR OS TESTES DE APTIDÃO FISICA PREVISTOS NESTE CONCURSO?
SIM() NÃO() QUAL?

POSSUI O CANDIDATO ALGUMA DEFORMIDADE QUE COMPROMETA A SUA CAPACIDADE EM CORRER?
SIM() NÃO() QUAL?

O CANDIDATO É PORTADOR DE ALGUMA ORTESE E/OU PROTESE?
SIM() NÃO() QUAL?

CIDADE _____ DATA _____

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO (A) ASSISTENTE.
