TRIBUNAL DE JUSTIÇA
PODER JUDICIÁRIO
SEAD

DECLARAÇÃO DE SAÚDE

Eu, _____, portador(a) do RG nº _____, Org. Emis. _____ e CPF nº _____, Declaro, para os devidos fins, junto ao Tribunal de Justiça do Estado do Piauí (SEAD) que as informações constantes nos quadros abaixo são a expressão da verdade:

QUADRO 1

TITULAR	DATA NASC.
DEPENDENTE 1	DATA NASC.
DEPENDENTE 2	DATA NASC.
DEPENDENTE 3	DATA NASC.
DEPENDENTE 4	DATA NASC.
DEPENDENTE 5	DATA NASC.

QUADRO 2

PREENCHIMENTO PELO SERVIDOR, POR SI E PELOS SEUS DEPENDENT	RESPOSTA "SIM" OU "NÃO"				
INFORME SE É PORTADOR OU SEU DEPENDENTE JÁ SOFREU DE:	SERV.	DEP 1	DEP2	DEP3	DEP4
1.Doenças de veias e artérias (varizes, aneurismas, tromboses, má circulação, etc...)					
2.Doenças cardíacas (angina, infarto, pressão alta, arritmias, cirurgias cardíacas, congênitas, etc...)					
3.Doenças endócrinas ou metabólicas (diabetes, hipertireoidismo, obesidade, obesidade mórbida, dislipidemia, bócio, adenoma de hipófise, etc...)					
4.Doenças do aparelho digestivo (cálculo biliar, doenças do fígado, doenças dos intestinos, hepatites, diarréia, cirrose, hemorróidas, fístulas, etc...)					
5.Hérnias (todos os tipos)					
6.Doenças do sangue ou imunológicas (anemias, púrpuras, leucemias, talassemias, etc...)					
7.Doenças do aparelho geniturinário (cálculos, infecção dos rins, insuficiência renal, bexiga, uretra, transplantados, etc...)					
8.Doenças do sistema nervoso e cérebrovasculares (derrame, paralisia cerebral, Parkinson, Alzheimer, epilepsia, síndrome de Down, hiperatividade, tumores, etc...)					
9.Doenças de ouvido, nariz e garganta (diminuição da audição, desvio de septo, sinusites, hipertrofia de adenóides, otites, surdez, amigdalites, etc...)					
10.Doenças crônicas do aparelho respiratório (asma, bronquite, enfisema, pneumonia de repetição, etc...)					
11.Doenças ortopédicas (artrose, hérnia de disco, deformidade óssea, osteoporose, lesão ligamentar, lesão de tendão, desvios de coluna, congênitas, fraturas de repetição, etc...)					
12.Doenças ginecológicas e da mama (mioma, períneo, cisto de ovário, endometriose, cistos e nódulos mamários, pólipos uterinos, incontinência urinária, infecções, etc...)					
13.Doenças relacionadas ao HIV (AIDS e suas complicações infecciosas e degenerativas)					
14.Doenças ou tumores benignos ou malignos (leucemia, mieloma múltiplo, carcinomas, melanomas, linfomas e todos os tipos de cânceres)					
15.Atraso menstrual e gravidez, complicações da gestação, complicações do parto e ameaças de abortamento)					
16.Doenças dos órgãos genitais masculinos (próstata, hidrocele, fimose, criptorquidia, parafimose,					

impotência, doença de Peyronie, varicocele, etc...)					
17.Doenças congênitas ou hereditárias (síndromes genéticas, infecções, prematuridade, etc...)					
18.Doenças oftalmológicas e alterações de refração (ceratocórnea, glaucoma, catarata, miopia, astigmatismo, hipermetropia, retinopatia, cegueira, uso de lentes corretivas, etc...)					
19.Doenças e transtornos mentais e psiquiátricos (psicose maníaco-depressiva, depressão, esquizofrenia, retardo mental, uso de drogas domo álcool, opiáceos, maconha, cocaína, LSD, etc...)					
20.Doenças reumatológicas (auto-imunes, lúpus eritematoso, esclerose múltipla, artrite reumatóide, etc...)					
21.Doenças buço-maxilo-faciais (disfunção de articulação temporo amndibular, prognatismo, micrognatismo, tumores, etc...)					

Teresina, ___, de _____, de _____

_____

Servidor

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Assumo a responsabilidade por todas as declarações feitas neste formulário, inclusive as que estão impressas, que coincidem com as da cópia em meu poder. Declaro ter conhecimento dos termos do art. 299, do Código Penal Brasileiro, que dispõe sobre declaração falsa.

Teresina, ___, de _____, de _____

_____

Servidor