



Governo do Distrito Federal

Corpo de Bombeiros Militar do Distrito Federal

Grupamento de Proteção Ambiental

Seção de Doutrina, Ensino e Instrução

Memorando Nº 61/2026 - CBMDF/GPRAM/SEDEI

Brasília-DF, 28 de janeiro de 2026.

FICHA DE ANAMNESE

1) IDENTIFICAÇÃO	
Nome completo:	
Matrícula:	
Posto / Graduação:	
Nome de Guerra:	
Idade:	
Data de nascimento:	
Gênero:	
Unidade de Lotação:	
2) SINTOMAS ESPECÍFICOS	
Nos últimos 30 dias desenvolveu algum sintoma ou notou alguma alteração no corpo que não sabe explicar a origem, que venha piorando ou aumentando? Se sim, qual?	
3) HISTÓRIA PATOLÓGICA PREGRESSA	
Já teve alguma das doenças relacionadas abaixo?	
Asma ()	Artrite ou artrose ()
Bronquite ()	Dermatite de contato ()
Enfisema Pulmonar ()	Dermatite atópica ()
Rinite / Sinusite crônica ()	Doença reumatológica () - Caso afirmativo, especificar
Hipertensão arterial sistêmica ()	Epilepsia / Convulsão ()
Infarto agudo do Miocárdio ()	Gastrite / Refluxo ()
Acidente vascular cerebral ()	Alterações visuais () - Caso afirmativo, especificar
Insuficiência cardíaca ()	Hepatites virais ()
Arritmia cardíaca ()	HIV ()

Insuficiência renal ()	Sífilis ()
Doença tireoideana ()	Câncer () - Caso afirmativo - especificar
Colesterol alto ()	Doença psiquiátrica () - Caso afirmativo, especificar
Diabetes ()	NENHUMA ()
Faz uso contínuo de alguma medicação? () Sim () Não – Caso afirmativo, especificar.	
Tem alergia a alguma medicação / Alimento/ Animal? () Sim () Não – Caso afirmativo, especificar.	
Já foi submetido a alguma cirurgia? () Sim () Não – Caso afirmativo, especificar.	
Já sofreu algum acidente que gerou fraturas ou necessidade de internações? () Sim () Não - Caso afirmativo, detalhar abaixo.	
Já precisou ficar internado para tratar alguma doença? () Sim () Não - Caso afirmativo, detalhar abaixo.	
Já teve COVID 19? () Sim () Não - Caso afirmativo, informar quantas vezes e se necessitou de internação.	
Tem alguma doença / limitação que não foi questionada neste documento? () Sim () Não - Caso afirmativo, detalhar abaixo.	
Fuma ou já fumou? () Sim () Não — Caso positivo, informar quantos maços por dia e por quanto tempo.	
Tem costume de beber durante a semana? () Sim () Não	
Faz ou já fez tratamento hormonal? () Sim () Não - Caso positivo, informar por quanto tempo e qual a substância específica.	
Possui claustrofobia (a)? () Sim () Não - Caso positivo, informar em quais situações já ocorreu.	
SITUAÇÃO VACINAL:	
- Tétano: Anexar comprovante	
- Hepatite B: Anexar comprovante	
- Febre Amarela: Anexar comprovante	
- COVID-19 () Sim () Não - Anexar comprovante caso seja vacinado	
STATUS GESTACIONAL - as candidatas do sexo FEMININO deverão apresentar exame de sangue negativo para gestação.	
Declaro para os devidos fins que as informações prestadas acima são verdadeiras.	

_____, _____, _____ de
 _____ de 2026.

"Brasília - Patrimônio Cultural da Humanidade"
SGAN 916 AE S/nº - Bairro Asa Norte - CEP 70790-160 - DF
Telefone(s):
Sítio - www.cbm.df.gov.br

00053-00035945/2025-48

Doc. SEI/GDF 193472207