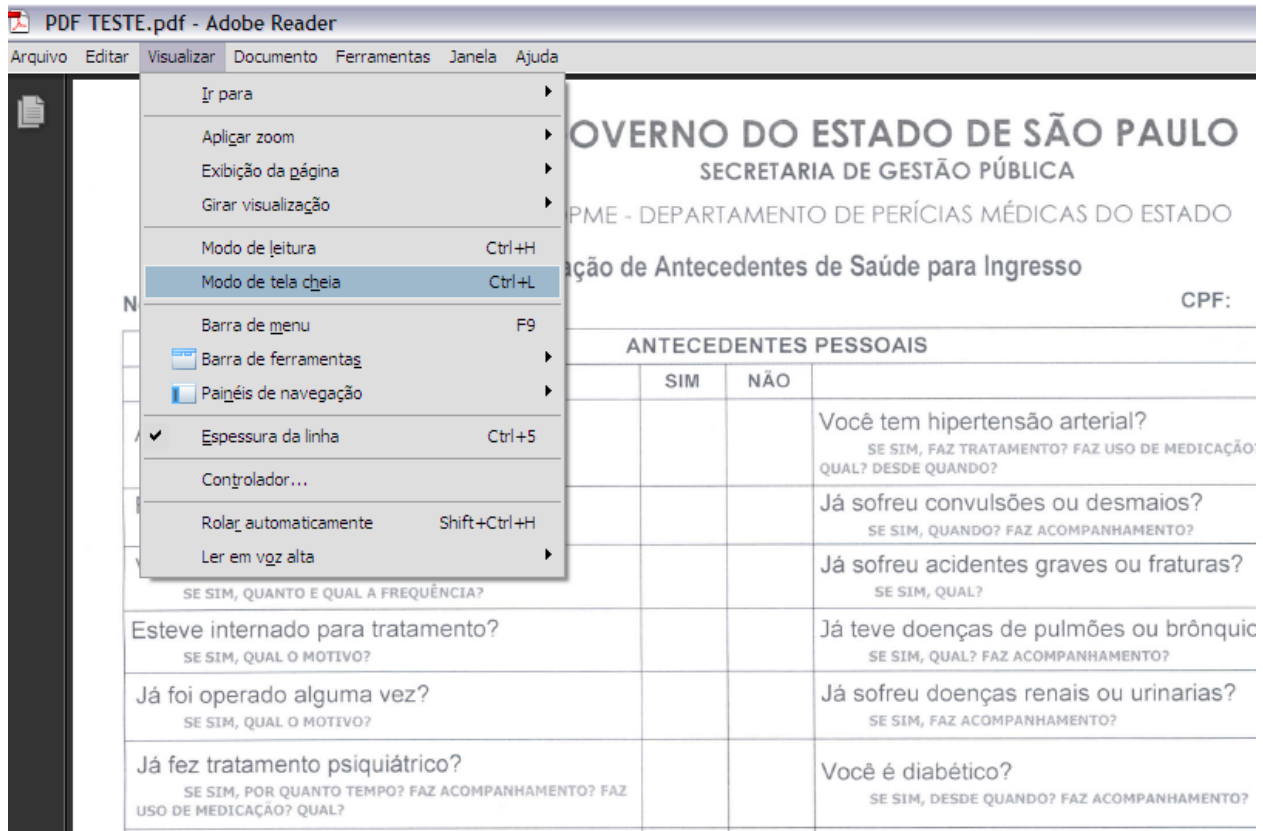


COMO REDUZIR A RESOLUÇÃO E CONVERTER ARQUIVOS PDF ATRAVÉS DO APLICATIVO: “PAINT”

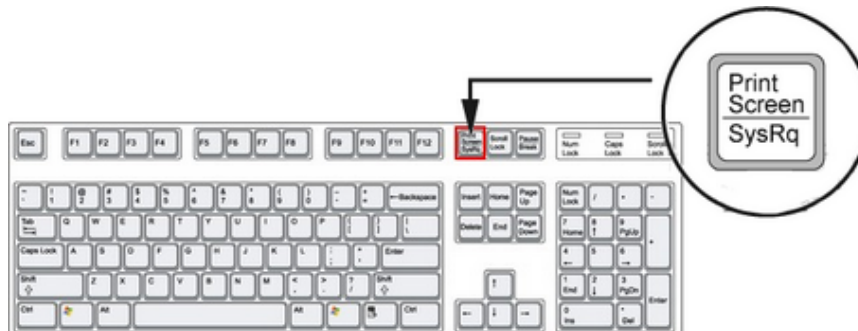
1) ABRA O ARQUIVO SALVO EM PDF:



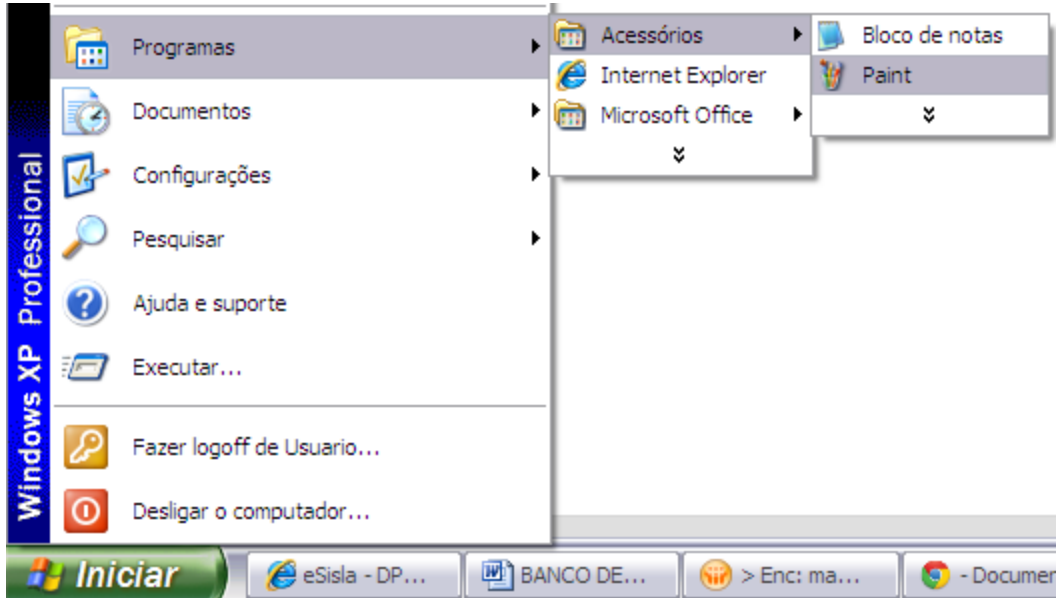
2) NO MENU SUPERIOR CLIQUE EM “VISUALIZAR”>”MODO TELA CHEIA” OU PRESSIONE DIRETAMENTE A TECLA Ctrl + L;



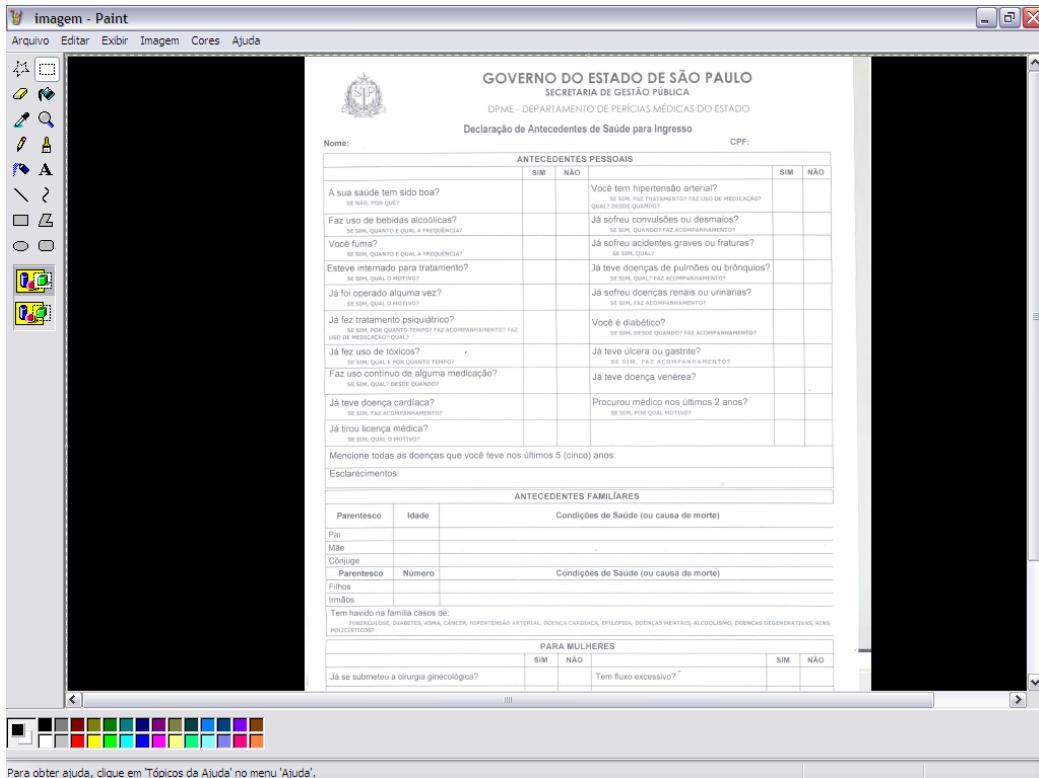
3) COM O ARQUIVO EM TELA CHEIA, CLIQUE NO BOTÃO “PRINT SCREEN” DE SEU TECLADO:



4) ABRA O APLICATIVO "PAINT":

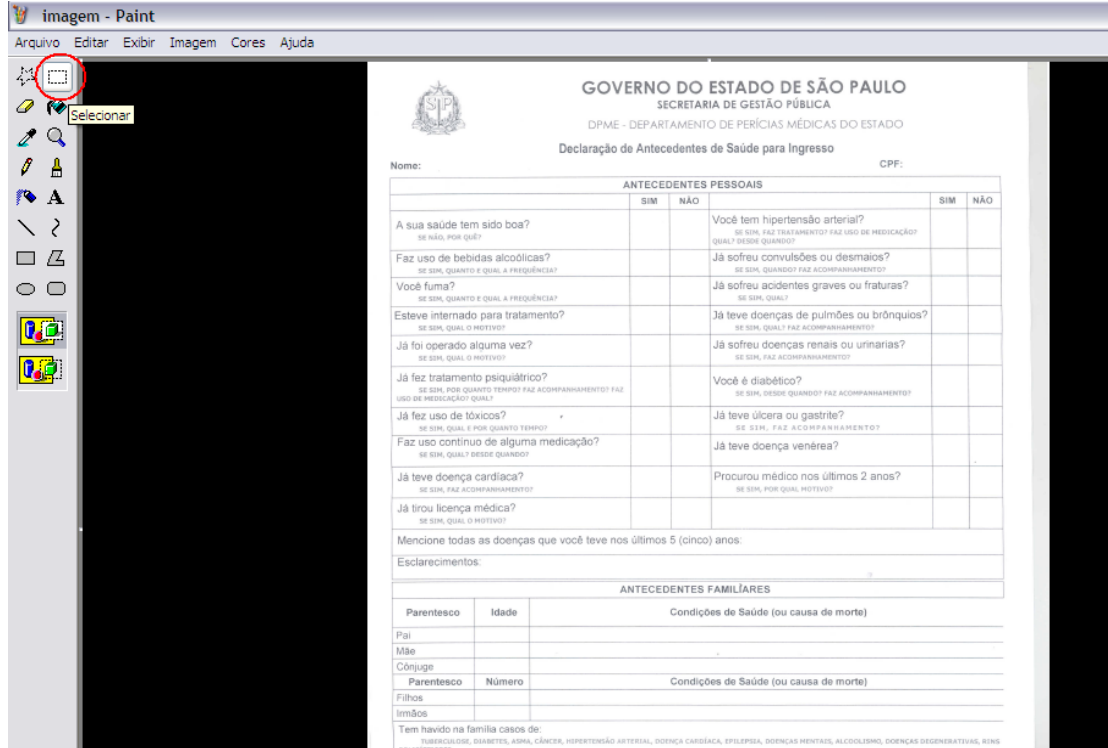


5) PRESSIONE O COMANDO Ctrl + V

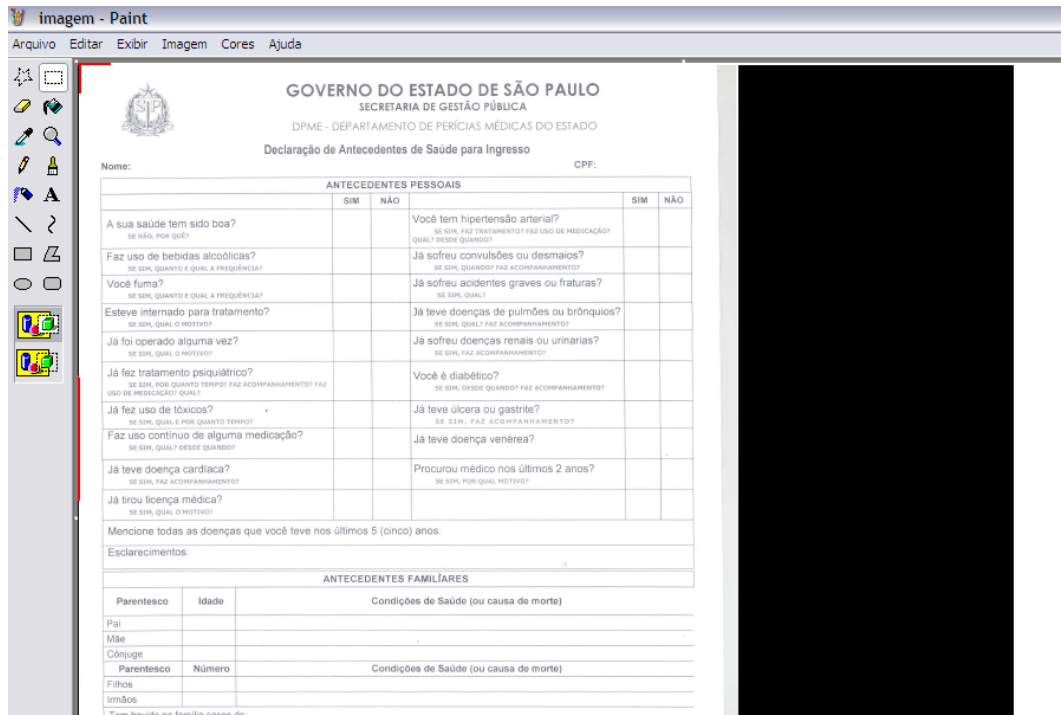


Para obter ajuda, clique em 'Tópicos da Ajuda' no menu 'Ajuda'.

6) CLIQUE NA FERRAMENTA DE SELEÇÃO NO CANTO SUPERIOR DIREITO DA TELA:



7) CLIQUE NA IMAGEM DO FORMULÁRIO, SEGURANDO O BOTÃO DIREITO DO MOUSE, ARRASTE PARA LATERAL ESQUERDA ATÉ AJUSTAR A PONTA SUPERIOR E LATERAL DA IMAGEM:



8) ARRASTE AS BARRAS INFERIOR E LATERAL:

The image shows a medical form with a large black redaction box covering the central content. The form includes various health-related questions and sections. A blue arrow points downwards to the vertical scrollbar on the right side of the window. Another blue arrow points to the right, towards the horizontal scrollbar at the bottom of the window.

SE SIM, FAZ TRATAMENTO? FAZ USO DE MEDICAMENTO? QUAL? DESDE QUANDO?			
Já sofreu convulsões ou desmaios?			
SE SIM, QUANDO? FAZ ACOMPANHAMENTO?			
Já sofreu acidentes graves ou fraturas?			
SE SIM, QUAL?			
Já teve doenças de pulmões ou brônquios?			
SE SIM, QUAL? FAZ ACOMPANHAMENTO?			
Já sofreu doenças renais ou urinárias?			
SE SIM, FAZ ACOMPANHAMENTO?			
Você é diabético?			
SE SIM, DESDE QUANDO? FAZ ACOMPANHAMENTO?			
Já teve úlcera ou gastrite?			
SE SIM, FAZ ACOMPANHAMENTO?			
Já teve doença venérea?			
Procurou médico nos últimos 2 anos?			
SE SIM, POR QUAL MOTIVO?			

os 5 (cinco) anos:

EDENTES FAMILIARES

Condições de Saúde (ou causa de morte)

Condições de Saúde (ou causa de morte)

DOENÇA CARDÍACA, EPILEPSIA, DOENÇAS MENTAIS, ALCOOLISMO, DOENÇAS DEGENERATIVAS, RINS

PARA MULHERES

II	NÃO	SIM	NÃO
	Tem fluxo excessivo?*		

9) CLIQUE NO ESPAÇO EM BRANCO:

The image shows a medical form with a large black redaction box covering the central content. A red circle with a plus sign (+) highlights a blank space on the right side of the form, likely indicating where to click to expand the view.

?	?	Você é diabético?		
?	?	SE SIM, DESDE QUANDO? FAZ ACOMPANHAMENTO?		
?	?	Já teve úlcera ou gastrite?		
?	?	SE SIM, FAZ ACOMPANHAMENTO?		
?	?	Já teve doença venérea?		
?	?	Procurou médico nos últimos 2 anos?		
?	?	SE SIM, POR QUAL MOTIVO?		

que você teve nos últimos 5 (cinco) anos:

ANTECEDENTES FAMILIARES

Condições de Saúde (ou causa de morte)

Condições de Saúde (ou causa de morte)

DIABETES, HIPERTENSÃO ARTERIAL, DOENÇA CARDÍACA, EPILEPSIA, DOENÇAS MENTAIS, ALCOOLISMO, DOENÇAS DEGENERATIVAS, RINS

PARA MULHERES

	SIM	NÃO	SIM	NÃO
?			Tem fluxo excessivo?*	
?			Faz consultas ginecológicas periódicas?	
?			Atividade sexual?	

Antecedentes obstétricos:

o sob as penas da lei que as informações acima são verdadeiras.

de 20

Assinatura do Candidato

10) OBSERVE QUE AO ARRASTAR O MOUSE PARA O CANTO INFERIOR, O PONTEIRO DE AJUSTE SERÁ ATIVADO:

SE SIM, FAZ ACOMPANHAMENTO?				
	Você é diabético?			
	SE SIM, DESDE QUANDO FAZ ACOMPANHAMENTO?			
	Já teve úlcera ou gastrite?			
	SE SIM, FAZ ACOMPANHAMENTO?			
	Já teve doença venérea?			
	Procurou médico nos últimos 2 anos?			
	SE SIM, POR QUAL MOTIVO?			

nos últimos 5 (cinco) anos:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**ANTECEDENTES FAMILIARES**

Condições de Saúde (ou causa de morte)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Condições de Saúde (ou causa de morte)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

HEPATITE, DOENÇA CARDÍACA, EPILEPSIA, DOENÇAS MENTAIS, ALCOOLISMO, DOENÇAS DEGENERATIVAS, RINS

**PARA MULHERES**

SIM	NÃO		SIM	NÃO
		Tem fluxo excessivo?		
		Faz consultas ginecológicas periódicas?		
		Atividade sexual?		

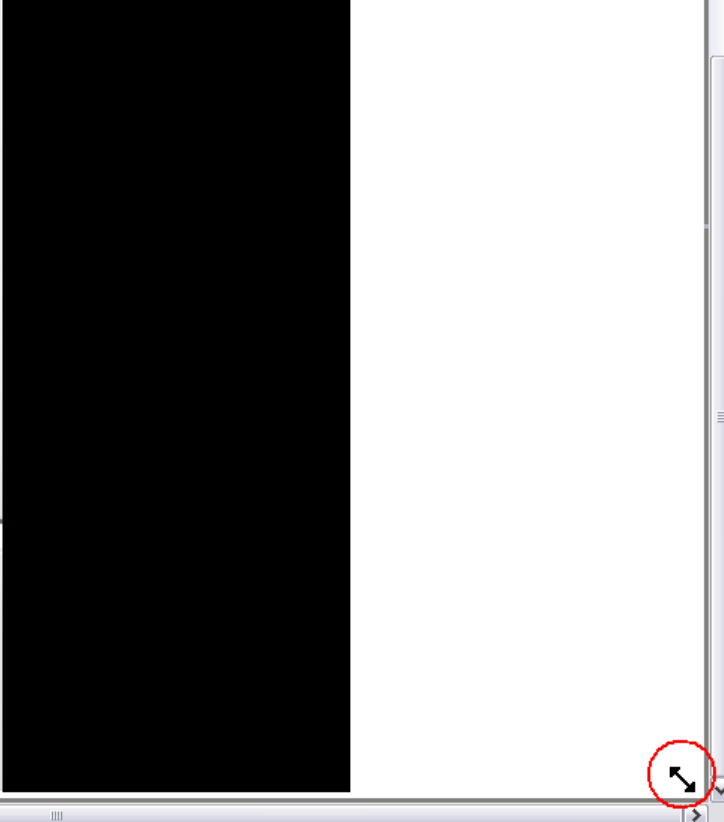
Antecedentes obstétricos:

\_\_\_\_\_

da lei que as informações acima são verdadeiras.

\_\_\_\_\_

Assinatura do Candidato



11) QUANDO ESTE PONTEIRO APARECER, CLIQUE, SEGRE E ARRASTE AS ARESTAS PARA AJUSTAR AO FORMULÁRIO, SEM CORTAR A LATERAL OU A PARTE INFERIOR:

		Já teve úlcera ou gastrite? <small>SE SIM, FAZ ACOMPANHAMENTO?</small>		
medicação?		Já teve doença venérea?		
		Procurou médico nos últimos 2 anos? <small>SE SIM, POR QUAL MOTIVO?</small>		
que você teve nos últimos 5 (cinco) anos:				
ANTECEDENTES FAMILIARES				
Condições de Saúde (ou causa de morte)				
Condições de Saúde (ou causa de morte)				
<small>DIABETES, HIPERTENSÃO ARTERIAL, DOENÇA CARDÍACA, EPILEPSIA, DOENÇAS MENTAIS, ALCOOLISMO, DOENÇAS DEGENERATIVAS, REIMS</small>				
PARA MULHERES				
	SIM	NÃO		
ginecológica?			Tem fluxo excessivo? *	SIM NÃO
			Faz consultas ginecológicas periódicas?	
			Atividade sexual?	
gestação?	Antecedentes obstétricos:			
Responda sob as penas da lei que as informações acima são verdadeiras.				
de 20 _____ Assinatura do Candidato				



12) CLIQUE EM ARQUIVO>SALVAR COMO:

**imagem - Paint**

Arquivo Editar Exibir Imagem Cores Ajuda

- Novo Ctrl+N
- Abrir... Ctrl+O
- Salvar Ctrl+S
- Salvar como...**
- Do scanner ou câmera...
- Visualizar impressão
- Configurar página...
- Imprimir... Ctrl+P
- Enviar...
- Definir como plano de fundo (lado a lado)
- Definir como plano de fundo (centralizado)
- 1 anexo
- 2 anexo
- 3 anexo I
- 4 ~0277375
- Sair Alt+F4

**GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO**  
SECRETARIA DE GESTÃO PÚBLICA  
DEPARTAMENTO DE PERÍCIAS MÉDICAS DO ESTADO

Antecedentes de Saúde para Ingresso CPF: \_\_\_\_\_

ANTECEDENTES PESSOAIS		SIM	NÃO
Você tem hipertensão arterial? <small>SE SIM, FAZ TRATAMENTO? FAZ USO DE MEDICAÇÃO? QUAL? DESDE QUANDO?</small>			
Já sofreu convulsões ou desmaios? <small>SE SIM, QUANDO? FAZ ACOMPANHAMENTO?</small>			
Já sofreu acidentes graves ou fraturas? <small>SE SIM, QUAL?</small>			
Já teve doenças de pulmões ou brônquios? <small>SE SIM, QUAL? FAZ ACOMPANHAMENTO?</small>			
Já sofreu doenças renais ou urinárias? <small>SE SIM, FAZ ACOMPANHAMENTO?</small>			
Você é diabético? <small>SE SIM, DESDE QUANDO? FAZ ACOMPANHAMENTO?</small>			
Já teve úlcera ou gastrite? <small>SE SIM, FAZ ACOMPANHAMENTO?</small>			
Já teve doença venérea?			
Procurou médico nos últimos 2 anos? <small>SE SIM, POR QUAL MOTIVO?</small>			

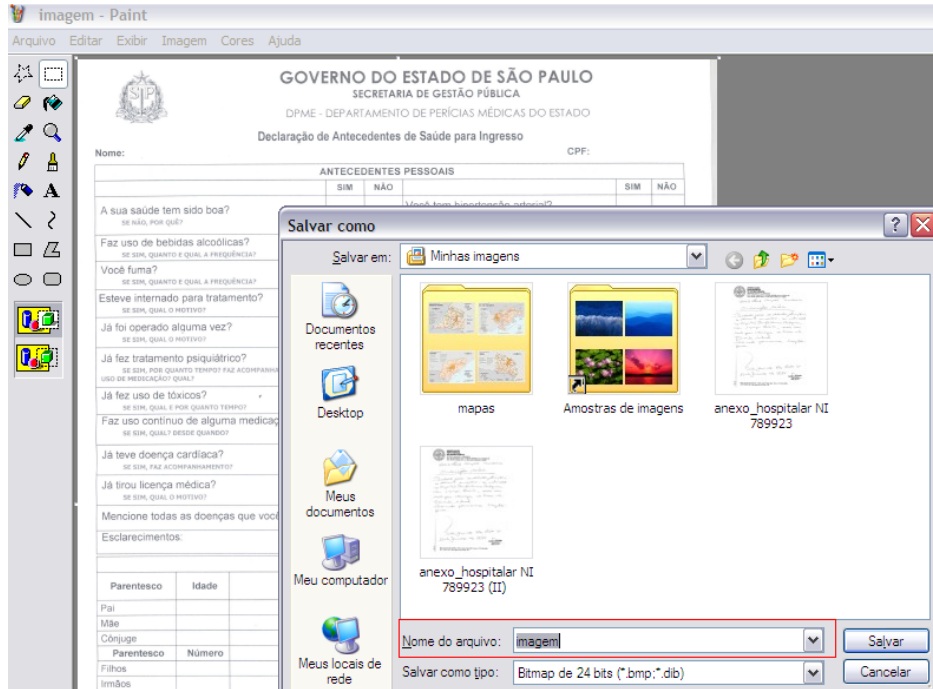
Mencione todas as doenças que você teve nos últimos 5 (cinco) anos:

Esclarecimentos:

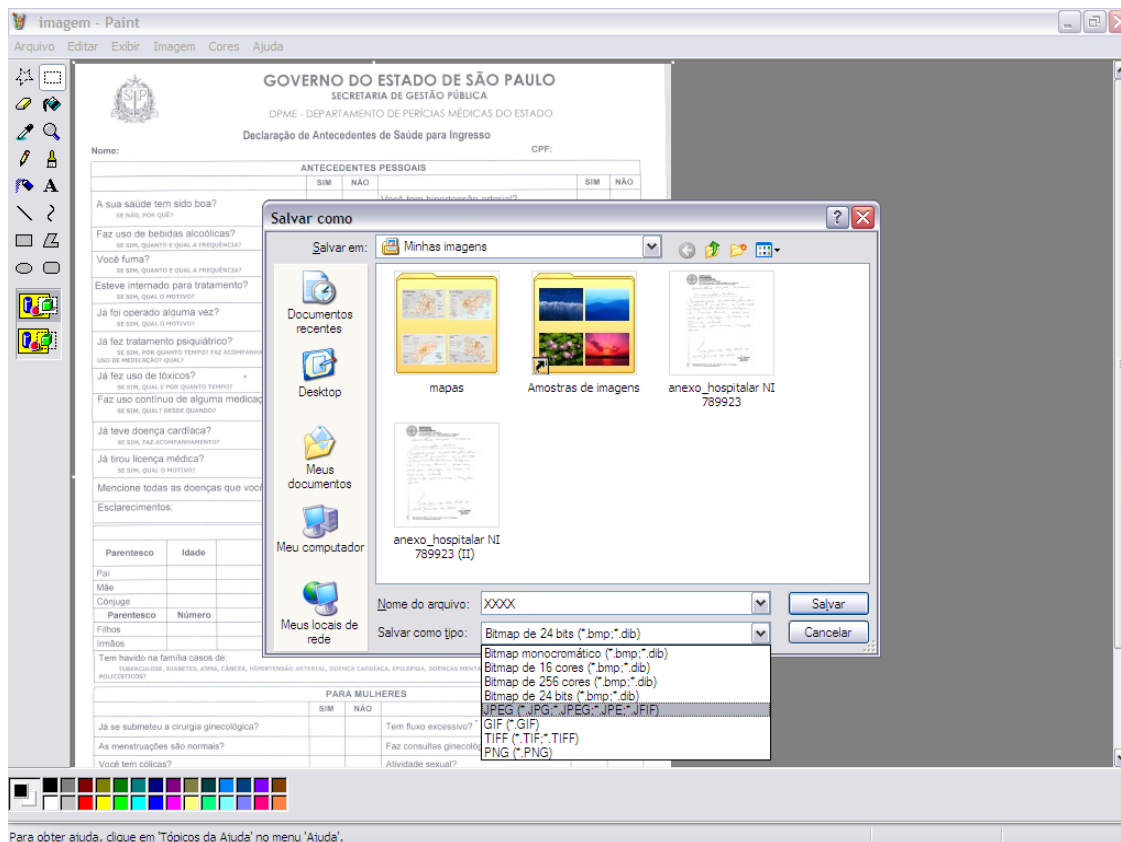
ANTECEDENTES FAMILIARES

Parentesco	Idade	Condições de Saúde (ou causa de morte)
Pai		
Mãe		

13) REDEFINA O NOME DO ARQUIVO:



14) SELECIONE O FORMATO JPEG NO CAMPO “Salvar como tipo:”



15) ESCOLHA O DESTINO E CLIQUE EM SALVAR:

Declaração de Antecedentes de Saúde para Ingresso

Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

ANTECEDENTES PESSOAIS			
	SIM	NÃO	
A sua saúde tem sido boa? <small>SE NÃO, POR QUÊ?</small>			
Faz uso de bebidas alcoólicas? <small>SE SIM, QUANTO E QUAL A FREQUÊNCIA?</small>			
Você fuma? <small>SE SIM, QUANTO E QUAL A FREQUÊNCIA?</small>			
Esteve internado para tratamento? <small>SE SIM, QUAL O MOTIVO?</small>			
Já foi operado alguma vez? <small>SE SIM, QUAL O MOTIVO?</small>			
Já fez tratamento psiquiátrico? <small>SE SIM, POR QUANTO TEMPO? FAZ ACOMPANHAMENTO USANDO MEDICAÇÃO? QUAL?</small>			
Já fez uso de tóxicos? <small>SE SIM, QUAL E POR QUANTO TEMPO?</small>			
Faz uso contínuo de alguma medicação? <small>SE SIM, QUAL? DESDE QUANDO?</small>			
Já teve doença cardíaca? <small>SE SIM, FAZ ACOMPANHAMENTO?</small>			
Já tirou licença médica? <small>SE SIM, QUAL O MOTIVO?</small>			

Mencione todas as doenças que você teve:  
Esclarecimentos:

Parentesco	Idade	
Pai		
Mãe		
Cônjuge		
Parentesco	Número	
Filhos		
Irmãos		

**Salvar como**

Salvar em: Desktop

- Meus documentos XXXX
- Meu computador
- Meus locais de rede
- AGENDAMENTOS
- BKUP
- FOLHA DE PONTO
- GDAE
- GDAE-ESISLA
- LEVANTAMENTO US
- OBSERVATÓRIO
- PLANILHAS
- REESTRUTURAÇÃO
- anexo
- anexo I
- anexo II
- anexohospitalar - NI 967293

Nome do arquivo: XXXX

Salvar como tipo: JPEG (\*.JPG;\*.JPEG;\*.JPE;\*.JFIF)

Salvar Cancelar