



UNIVERSIDADE FEDERAL DO OESTE DO PARÁ
PROCESSO SELETIVO REGULAR UNIFICADO DE 2019

ANEXO 1_EXAME DE SAÚDE OCUPACIONAL – EXAME ADMISSIONAL

SAÚDE DO CANDIDATO

1. DADOS PESSOAIS

1.1. Nome: _____	1.2 Telefone : _____	
1.3. Data Nascimento: ____/____/____	1.4. Idade: _____	1.5. Sexo: (M) (F)
1.6. Naturalidade: _____	1.7. Nacionalidade: _____	
1.8. Estado Civil: (1-Solteiro/ 2-Casado/ 3-Divorciado/ 4-Viúvo/ 5-Companheiro)	<input type="checkbox"/>	
1.9. Endereço: _____	1.10 Bairro: _____	
1.11. CEP: _____	1.12. CPF: _____	
1.13. E-mail: _____		
1.14. Curso: _____		

2. HISTÓRICO DE VIDA

2.1. Consome habitualmente medicamentos? () sim () não
caso sim, quais? _____

2.2. Você realiza alguma atividade que desencadeie sobrecarga muscular ou esforço repetitivo? Qual?
() esporte () atividades domésticas () outras atividades () nenhuma
frequência? _____ ()
outras _____

2.3. Realiza acompanhamento especializado? () NÃO () SIM QUAL? _____

2.4. Tem alguma doença? () não () sim
() hipertensão arterial () diabetes () cardíaca
outras _____

2.5. Tem alergias? () não () sim
caso sim, de que tipo? _____

2.6. É tabagista (fumante)? () não () sim
caso sim, há quanto tempo? _____

2.7. Consumo de bebidas alcoólicas? () não () sim
caso sim, qual a frequência? () diariamente () finais de semana () eventos sociais.



2.8. Você faz uso de alguma droga ilícita? () não () sim qual? _____

2.9. Lateralidade: () destro () canhoto () ambidestro

3. DEFICIÊNCIA INFORMADA:

() deficiência visual () deficiência auditiva () deficiência do aparelho locomotor () deficiência Intelectual

() deficiências múltiplas () não sabe informar: _____

() total () parcial () congênita () adquirida, devido _____

Qual o apoio didático pedagógico você precisa para viabilizar sua educação?

() Libras () Braille () Intérprete de Libras () Material com letras ampliadas.

() Outros . Quais ? _____

Precisa de alguma adaptação do mobiliário para a sua inserção em sala de aula?

() Não () Sim. Quais? _____

Você faz uso (ou precisará) de alguma tecnologia assistiva para viabilizar a sua aprendizagem?

() Não. () Sim. Quais? _____

4. EXAME FÍSICO

Peso (em Kg): _____ Altura _____ Pulso: _____ P. Arterial: _____ MmHg.

5. CAMPOS PREENCHIDOS PELO MÉDICO EXAMINADO

HISTÓRIA CLÍNICA

EXAME FÍSICO



Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão

Secretaria de Recursos Humanos

Subsistema Integrado de Atenção a Saúde do Servidor

SIASS - TAPAJÓS - UNIVERS. FEDERAL DO OESTE DO PARÁ/UFOPA - Sede

13. PARECER FINAL
DIAGNÓSTICOS: _____
_____ CID 10 _____

Afirmo que essas declarações expressam a verdade.

Assinatura do Candidato

Assinatura do médico examinador