



UNIVERSIDADE FEDERAL DO OESTE DO PARÁ
COMISSÃO PERMANENTE DE PROCESSOS SELETIVOS- CPPS
PRO- REITORIA DE ENSINO DE GRADUAÇÃO- PROEN
PROCESSO SELETIVO REGULAR UNIFICADO DE 2021



SIASS - TAPAJÓS – UFOPA

ANEXO V

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)

1.9. Endereço: _____

1.10. Bairro: _____

1.11. CEP: _____

1.12. CPF: _____

1.13. Email: _____

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

13. PARECER FINAL

DIAGNÓSTICOS: _____

CID 10 _____

Afirmo que essas declarações expressam a verdade.

Assinatura do (a) Candidato (a)

Assinatura do (a) médico (a) examinador (a)