



PROCESSO SELETIVO REGULAR UNIFICADO DE 2023

SIASS - TAPAJÓS – UFOPA

EXAME DE SAÚDE OCUPACIONAL – EXAME ADMISSIONAL

SAÚDE DO CANDIDATO		
1. DADOS PESSOAIS		
1.1. Nome:		
1.2 Telefone :		
1.3 Data de Nascimento:	1.4 Idade:	1.5 Gênero ()M ()F
1.6 Naturalidade		
1.7 Nacionalidade		
1.8 Estado Civil:		
1.9 Endereço:		
1.10 Bairro:	1.11 CEP:	
1.12: CPF:		
1.13 E-mail:		
1.14 Curso:		
HISTÓRICO DE VIDA		
2.1. Consume habitualmente medicamentos? Caso sim, quais?:	() Sim () Não	
2.2. Você realiza alguma atividade que desencadeie sobrecarga muscular ou esforço repetitivo? Qual? () esporte () atividades domésticas () outras atividades () nenhuma () outras Com que frequência?		
2.3 Realiza acompanhamento especializado? Qual? _____	() Sim () Não	
2.4 Tem alguma doença?	() Sim () Não	



<input type="checkbox"/> hipertensão arterial		<input type="checkbox"/> diabetes	<input type="checkbox"/> cardíaca	
<input type="checkbox"/> outras: _____				
2.5 Tem alergias? Caso sim, de quê? _____		<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	
2.6 É tabagista (fumante)? Caso sim, há quanto tempo _____		<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	
2.7 Consumo de bebidas alcoólicas? Caso sim, qual a frequência? <input type="checkbox"/> diariamente <input type="checkbox"/> finais de semana <input type="checkbox"/> eventos sociais		<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	
2.8 Você faz uso de alguma droga ilícita? Caso sim, qual? _____		<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	
2.9 Lateralidade: <input type="checkbox"/> destro		<input type="checkbox"/> canhoto	<input type="checkbox"/> ambidestro	
DEFICIÊNCIA INFORMADA				
<input type="checkbox"/> deficiência visual	<input type="checkbox"/> deficiência auditiva	<input type="checkbox"/> deficiência motora	<input type="checkbox"/> deficiência mental	<input type="checkbox"/> deficiência múltiplas
<input type="checkbox"/> não sabe informar: _____				
<input type="checkbox"/> total	<input type="checkbox"/> parcial	<input type="checkbox"/> congênita	<input type="checkbox"/> adquirida, devido _____	
Qual apoio didático pedagógico você precisa para viabilizar sua educação?				
<input type="checkbox"/> Libras	<input type="checkbox"/> Braille	<input type="checkbox"/> Intérprete de Libras	<input type="checkbox"/> Material com letras ampliadas	
<input type="checkbox"/> Outros. Quais? _____				
Precisa de alguma adaptação do mobiliário para a sua inserção em sala de aula?				
<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	Quais? _____		
Você faz uso (ou precisará) de alguma tecnologia assistiva para viabilizar a sua aprendizagem?				
<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	Quais? _____		
EXAME FÍSICO				



Peso: _____(Kg) Altura: _____ Pulso: _____ P. Arterial: _____
CAMPOS PREENCHIDOS PELO MÉDICO EXAMINADO
HISTÓRIA CLÍNICA
EXAME FÍSICO
PARECER FINAL
DIAGNÓSTICOS
CID

Afirmo que essas declarações expressam a verdade.

Assinatura do(a) Candidato(a)	Assinatura do(a) Médico(a) examinador(a)
--------------------------------------	---