



## PROCESSO SELETIVO REGULAR DE 2022 - 2ª EDIÇÃO

### 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: \_\_\_\_\_

CEP: \_\_\_\_\_

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

Email: \_\_\_\_\_

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)