



## PROCESSO SELETIVO REGULAR UNIFICADO DE 2024

SIASS - TAPAJÓS – UFOPA

EXAME DE SAÚDE OCUPACIONAL – EXAME ADMISSIONAL

SAÚDE DO CANDIDATO		
<b>1. DADOS PESSOAIS</b>		
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		
<b>DEFICIÊNCIA INFORMADA</b>				
<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? _____		
<b>EXAME FÍSICO</b>				



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

**Afirmo que essas declarações expressam a verdade.**

<b>Assinatura do(a) Candidato(a)</b>	<b>Assinatura do(a) Médico(a) examinador(a)</b>
--------------------------------------	---