



PROCESSO SELETIVO REGULAR UNIFICADO DE 2025

SIASS - TAPAJÓS – UFOPA

EXAME DE SAÚDE OCUPACIONAL – EXAME ADMISSINAL

| 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. Consome 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 | | |
| () hipertensão arterial | () diabetes | () cardíaca | | |
| () outras: _____ | | | | |
| 2.5 Tem alergias? Caso sim, de quê? _____ | () Sim | () Não | | |
| 2.6 É tabagista (fumante)? Caso sim, há quanto tempo _____ | () Sim | () Não | | |
| 2.7 Consumo de bebidas alcoólicas? Caso sim, qual a frequência? () diariamente () finais de semana () eventos sociais | () Sim | () Não | | |
| 2.8 Você faz uso de alguma droga ilícita? Caso sim, qual? _____ | () Sim | () Não | | |
| 2.9 Lateralidade: () destro | () canhoto | () ambidestro | | |
| DEFICIÊNCIA INFORMADA | | | | |
| () deficiência visual | () deficiência auditiva | () deficiência motora | () deficiência mental | () deficiência múltiplas |
| () não sabe informar: _____ | | | | |
| () total | () parcial | () congênita | () adquirida, devido _____ | |
| Qual 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? _____ | | |



UNIVERSIDADE FEDERAL DO OESTE DO PARÁ
PRÓ-REITORIA DE ENSINO DE GRADUAÇÃO
DIRETORIA DE REGISTRO ACADÊMICO



| 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) |
|--------------------------------------|---|