



PROCESSO SELETIVO REGULAR UNIFICADO DE 2026

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. 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	



<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)**