



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DO OESTE DO PARÁ
PRÓ-REITORIA DE PLANEJAMENTO INSTITUCIONAL
DIRETORIA DE GESTÃO E DESENVOLVIMENTO DE PESSOAS

EXAME DE SAÚDE OCUPACIONAL – EXAME ADMISSIONAL

SAÚDE DO SERVIDOR

Informamos ao servidor(a) que as informações mencionadas e registradas no ato do atendimento serão sempre mantidas em completo sigilo neste Serviço.

1. DADOS PESSOAIS – CAMPOS PREENCHIDOS PELO SERVIDOR

- 1.1. NOME: _____
- 1.2. DATA NASCIMENTO: ____/____/____ 1.3. IDADE: _____ 1.4. SEXO: (M) (F)
- 1.5. NATURALIDADE: _____ 1.6. NACIONALIDADE: _____
- 1.7. ESTADO CIVIL: (1-Solteiro/ 2-Casado/ 3-Divorciado/ 4-Viúvo/ 5-Companheiro)
- 1.8. ENDEREÇO: _____ 1.9. BAIRRO: _____
- 1.10. CEP: _____ 1.11. CPF: _____
- 1.12. TEM PLANO DE SAÚDE? () NÃO () SIM CASO POSITIVO, QUAL? _____

2. DADOS PROFISSIONAIS

- 2.1. INSTITUIÇÃO: _____ 2.2. MATRÍCULA: _____
- 2.3. CAMPUS DE LOTAÇÃO: _____ 2.4. LOCAL DE ATIVIDADE: _____
- 2.5. CARGO: _____ 2.6. FUNÇÃO: _____
- 2.7. DATA DE ADMISSÃO: ____/____/____

3. HISTÓRICO DE VIDA

- 3.1. CONSOME HABITUALMENTE MEDICAMENTOS? () SIM () NÃO
CASO SIM, QUAIS? _____
- 3.2. PRÁTICA ATIVIDADES DE RELAXAMENTO? EX: (Meditação, ioga, tai-chi, lazer, etc.) () SIM () NÃO
CASO SIM, QUAIS? _____
- 3.3. VOCÊ REALIZA ALGUMA ATIVIDADE QUE DESENCADEIE SOBRECARGA MUSCULAR OU ESFORÇO REPETITIVO?
QUAL? () ESPORTE () ATIVIDADES DOMÉSTICAS () OUTRAS ATIVIDADES () NENHUMA
() OUTRAS _____
- 3.4. É TABAGISTA (FUMANTE)? () SIM () NÃO CASO SIM, HÁ QUANTO TEMPO? _____
- 3.5. PRÁTICA ATIVIDADE FÍSICA? () SIM () NÃO QUAL? _____
FREQUÊNCIA? _____
- 3.6. TEM ALGUMA DOENÇA? () HIPERTENSÃO ARTERIAL () DIABETES () OUTRAS _____

- 3.7. TEM ALERGIAS? () SIM () NÃO CASO SIM, DE QUE TIPO? _____



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DO OESTE DO PARÁ
PRÓ-REITORIA DE PLANEJAMENTO INSTITUCIONAL
DIRETORIA DE GESTÃO E DESENVOLVIMENTO DE PESSOAS

3.8. TEM ALGUM HOBBY? Ex.: (Pintura, Leitura, Música, Instrumento Musical, etc.)

() SIM () NÃO QUAL? _____

3.9. CONSUMO DE BEBIDAS ALCOÓLICAS? () SIM () NÃO

CASO SIM, QUAL A FREQUÊNCIA? () DIARIAMENTE () FINAIS DE SEMANA () EVENTOS SOCIAIS.

3.10. ALGUMA VEZ VOCÊ SENTIU QUE DEVERIA DIMINUIR A QUANTIDADE DE BEBIDA? () SIM () NÃO

3.11. VOCÊ FAZ USO DE ALGUMA DROGA ILÍCITA? () SIM () NÃO QUAL? _____

4. INQUÉRITO OCUPACIONAL

4.1. EXPERIÊNCIA NA FUNÇÃO: () SEM EXPERIÊNCIA () ATE 1 ANO () 1 A 5 ANOS () 5 A 10 ANOS
() ACIMA DE 10 ANOS.

4.2. LATERALIDADE: () DESTRO () CANHOTO () AMBIDESTRO

4.3. POSTURA PREDOMINANTE NA SUA ATIVIDADE: () SENTADO () EM PÉ () ALTERNADO

4.4. ATIVIDADE EXTRA UFOPA: (PODE MARCAR MAIS DE UM): () TRABALHO () ESTUDO () NENHUM.
CASO TRABALHO, QUAL? _____

4.5. JÁ SOFREU ACIDENTE DE TRABALHO: () SIM () NÃO

ESPECIFICAR: _____ ANO: _____

4.6. DEFICIÊNCIA, LIMITAÇÃO OU DEFORMIDADE FÍSICA: () SIM () NÃO

ESPECIFICAR: _____

4.7. DOENÇAS RELACIONADAS AO TRABALHO: () SIM () NÃO

ESPECIFICAR: _____

4.8. QUANTO A NATUREZA DOS RISCOS OCUPACIONAIS DE SEU CARGO (PODE MAIS MARCAR MAIS DE UM):

() SEM RISCO () ERGONÔMICO () FÍSICO () QUÍMICO () BIOLÓGICO

5. HISTÓRICO OCUPACIONAL

	CARGO	INSTITUIÇÃO/ EMPRESA	EXPOSIÇÕES A AGENTES/SUBSTÂNCIAS	PERÍODO
CARGO MAIS RECENTE (1)		UFOPA		
TRABALHO ANTERIOR (2)				
TRABALHO ANTERIOR (3)				
TRABALHO ANTERIOR (4)				



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DO OESTE DO PARÁ
PRÓ-REITORIA DE PLANEJAMENTO INSTITUCIONAL
DIRETORIA DE GESTÃO E DESENVOLVIMENTO DE PESSOAS

6. TESTE DE LIPP

1- ASSINALE OS SINTOMAS QUE TEM EXPERIMENTADO NAS ÚLTIMAS 24 HORAS - FASE I
TOTAL DE ITENS ASSINALADOS (SOMA DAS COLUNAS I.1 E I.2)

	Coluna I.1
	Mão e/ou pés frios
	Boca Seca
	Nó ou dor no estômago
	Aumento de sudorese (muito suor)
	Tensão muscular (dor nas costas, pescoço, ombro)
	Diarréia passageira
	Insônia, dificuldade para dormir

	Coluna I.2
	Taquicardia (batimentos acelerados do coração)
	Respirado ofegante, entrecortada
	Hipertensão (pressão alta) súbita e passageira
	Mudança de apetite (comer bastante ou ter falta de apetite)
	Aumento súbito de motivação
	Entusiasmo súbito
	Vontade súbita de iniciar novos projetos

TOTAL DE ITENS ASSINALADOS (SOMA DAS COLUNAS I.1 E I.2)

2- ASSINALE OS SINTOMAS QUE TEM EXPERIMENTADO NO ÚLTIMO MÊS - FASE II

	Coluna II.1
	Problemas com memória
	Mal estar generalizado, sem causa específica
	Formigamento nas extremidades (pés ou mãos)
	Sensação de desgaste físico constante
	Mudança de apetite
	Aparecimento de problemas de pele
	Hipertensão arterial (episódios de pressão alta)
	Cansaço constante

	Coluna II.2
	Aparecimento de gastrite prolongada (queimação)
	Tontura, sensação de estar flutuando
	Emociona-se por qualquer coisa
	Dúvidas quanto a si próprio
	Pensamento constante sobre um só assunto
	Irritabilidade excessiva
	Diminuição da libido (desejo sexual diminuído).

TOTAL DE ITENS ASSINALADOS (SOMA DAS COLUNAS II.1 E II.2)

3-ASSINALE OS SINTOMAS QUE TEM EXPERIMENTADO NOS ÚLTIMOS 3 MESES - FASE III

	Coluna III.1
	Diarréias freqüentes
	Dificuldades sexuais
	Formigamentos nas extremidades
	Insônia
	Tiques nervosos
	Hipertensão arterial continuada
	Alt. Dermatológicas
	Mudança extrema de apetite

	Coluna III.2
	Tontura freqüente
	Úlcera
	Infarto
	Pesadelos
	Cansaço excessivo
	Angústia ou ansiedade diária
	Perda do senso de humor

	Coluna III.3
	Impossibilidade de trabalhar
	Sensação de incompetência em todas as áreas
	Vontade de fugir de tudo
	Apatia, vontade de nada fazer, depressão ou raiva
	Taquicardia
	Pensamento/fala constante sobre um mesmo assunto
	Irritabilidade sem causa aparente

TOTAL DE ITENS ASSINALADOS (SOMA DAS COLUNAS III.1, III.2 E III.3)

CAMPO PREENCHIDO PELO MÉDICO EXAMINADOR

De acordo com os resultados acima, enquadre o examinado em uma das opções abaixo. Quando a pontuação for insignificante em mais de uma fase, considere A MAIS AVANÇADA. Se os itens assinalados forem em menor número que os indicados em todas as fases, a pontuação é insignificante.

1- INSIGNIFICANTE (PONTUAÇÃO INSIGNIFICANTE EM TODAS AS FASES)

2-ALERTA (SE 7 OU MAIS ITENS NA FASE I) 3-RESISTÊNCIA (SE 4 OU MAIS ITENS NA FASE II) 4-EXAUSTÃO (SE 9 OU MAIS ITENS NA FASE I)



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DO OESTE DO PARÁ
PRÓ-REITORIA DE PLANEJAMENTO INSTITUCIONAL
DIRETORIA DE GESTÃO E DESENVOLVIMENTO DE PESSOAS

CAMPOS PREENCHIDOS PELO MÉDICO EXAMINADOR

Ficha de Atendimento Clínico

7. EXAME ADMISSIONAL

Data do exame: ___/___/___ () Primeiro atendimento () Retorno

8. ANTECEDENTES MÓRBIDOS FAMILIARES

9. ANTECEDENTES MÓRBIDOS PESSOAIS

9.1. Doenças: _____

9.2. Cirúrgias: _____

9.3. Traumatismo: _____

GRAVIDEZ: () NÃO () SIM CASO SIM, QUANTAS GESTAÇÕES? _____

PARTOS: Normal: _____ Cesárea: _____ Aborto: _____

10. H.D.A

10.1. Atualmente, apresenta queixas clínicas? ----- () SIM () NÃO
QUAIS? INTENSIDADE? FREQUÊNCIA? HÁ QUANTO TEMPO?

SISTEMA RESPIRATÓRIO: (asma, tuberculose, pneumonia, amigdalite, faringite, sinusite?) **CID 10:** _____.

SISTEMA CARDIOCIRCULATÓRIO: (Hipertensão Arterial Sistêmica (I10), Dislipidemia (E78)?) **CID 10:** _____.

SISTEMA DIGESTIVO: (gastrite, diarreia, constipação intestinal?) **CID10:** _____.

SISTEMA GENITURINÁRIO: **CID10:** _____.



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DO OESTE DO PARÁ
PRÓ-REITORIA DE PLANEJAMENTO INSTITUCIONAL
DIRETORIA DE GESTÃO E DESENVOLVIMENTO DE PESSOAS

SISTEMA ENDÓCRINO:

CID 10: _____.

SISTEMA ÓSTEO-MUSCULAR: (LOMBALGIA (M54), TENDINITE):

CID10: _____.

SISTEMA NEUROPSÍQUICO: Insônia: _____, Despertar Cansado: _____, Irritabilidade: _____,
Astenia: _____, Desânimo: _____, Diminuição da libido: _____, Disfunção Sexual: _____,
Ansiedade: _____, Melancolia: _____, Outros: _____.

PELE E FÂNEROS: _____

COLUNA E EXTREMIDADES: _____

ALERGIAS: _____

OUTRAS: _____

PCCU: () SIM () NÃO **DATA:** ____/____/____ **RESULTADO:** _____

11. EXAME FÍSICO

ESTATURA: _____ **PESO (em Kg):** _____ **IMC (peso/altura²):** _____ **PULSO:** _____

PRESSÃO ARTERIAL: _____ mmHg.

INSPEÇÃO: () Normal () Alterada

Descrição: _____

AUSCULTA CARDÍACA: () Normal () Alterada

Descrição: _____

AUSCULTA PULMONAR: () Normal () Alterada

Descrição: _____

EXAME ABDOMINAL: () Normal () Alterada

Descrição: _____

PELE E ANEXOS: () Normal () Alterada

Descrição: _____

COLUNA E EXTREMIDADE: () Normal () Alterada

Descrição: _____



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DO OESTE DO PARÁ
PRÓ-REITORIA DE PLANEJAMENTO INSTITUCIONAL
DIRETORIA DE GESTÃO E DESENVOLVIMENTO DE PESSOAS

12. CONDUTA

13. Recomendações/Restrições

ENCAMINHAMENTO	
----------------	--

13. PARECER FINAL

DIAGNÓSTICOS: _____	CID 10: _____

14. CONCLUSÃO

() APTO () INAPTO SANTARÉM, ____/____/____

Afirmo que essas declarações expressam a verdade.

ASSINATURA DO SERVIDOR

ASSINATURA E CARIMBO/ CRM DO MÉDICO EXAMINADOR



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DO OESTE DO PARÁ
PRÓ-REITORIA DE PLANEJAMENTO INSTITUCIONAL
DIRETORIA DE GESTÃO E DESENVOLVIMENTO DE PESSOA

15. EXAMES COMPLEMENTARES

1	NORMAL	2	ALTERADO
----------	---------------	----------	-----------------

DATA: ____/____/____

15.1. EXAMES LABORATORIAIS

HEMOGRAMA:

VSH: 1ª HORA: 2ª HORA: GLICOSE

COLESTEROL TOTAL COLESTEROL HDL COLESTEROL LDL

TRIGLICERÍDEOS ÁCIDO ÚRICO VDRL

TGO TGP PSA LIVRE

P. FEZES

URINA

OBS: _____

15.2. RAIOS X DE TÓRAX NORMAL ALTERADO DATA: ____/____/____

OBS: _____

15.3. ELETROCARDIOGRAMA NORMAL ALTERADO DATA: ____/____/____

OBS: _____

15.4. PCCU NORMAL ALTERADO DATA: ____/____/____

OBS: _____

15.5. MAMOGRAFIA NORMAL ALTERADO DATA: ____/____/____

OBS: _____

15.6. ULTRASSONOGRRAFIA DE PRÓSTATA NORMAL ALTERADO DATA: ____/____/____

OBS: _____

15.7. AUDIOMETRIA NORMAL ALTERADO DATA: ____/____/____

OBS: _____

15.8. OUTROS EXAMES NORMAL ALTERADO DATA: ____/____/____

OBS: _____

15.9. LAUDO PSIQUIÁTRICO NORMAL ALTERADO DATA: ____/____/____

OBS: _____



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DO OESTE DO PARÁ
PRÓ-REITORIA DE PLANEJAMENTO INSTITUCIONAL
DIRETORIA DE GESTÃO E DESENVOLVIMENTO DE PESSOAS

ATESTADO DE SAÚDE OCUPACIONAL

Admissional Periódico Mudança de Função Retorno ao Trabalho

Nome:	
Função:	CPF:
Instituição:	RG:
Data de Nascimento:	Cargo:

Riscos Ocupacionais

() NÃO HÁ RISCOS ESPECÍFICOS () TRABALHO EM ALTURA () ESPAÇO CONFINADO

Físicos: () Ruído () Vibrações () Radiações Não Ionizantes () Frio () Umidade () Pressões Anormais () Calor
Químicos: () Poeira () Gases () Vapores Orgânicos () Fumos () Agrotóxicos () Produtos Químicos () Sabões e Detergentes
Biológicos: () Vírus () Bactérias () Fungos () Bacilos () Parasitas

Atesto para os efeitos da Lei 6514 de 22/12/77, Capítulo V da CLT, Portarias Nº 3214 de 08/06/78, Portaria Nº 24 de 29.12.94 e Portaria Nº 8 de 08.05.96, que o(a) acima referenciado(a) realizou os exames clínicos e complementares específicos para a função, conforme discriminação abaixo:

PROCEDIMENTOS REALIZADOS	DATA
Exame clínico	
Hemograma com plaquetas	
Grupo ABO RH	
Glicemia de jejum	
Colesterol total, frações e triglicérides	
Uréia e creatinina	
Urina rotina	
Exames parasitológicos de fezes	
Raio X de tórax em PA	
Audiometria	
Espirometria	
Eletrocardiograma	
Eletroencefalograma	
Outros	

OBSERVAÇÕES:

Conclusão: [] Apto para a função [] Inapto para a função

SANTARÉM, / /

Médico Examinador

Recebi cópia deste ASO, bem como fui orientado (a) quantos aos resultados.

_____ - ____/____/____

