



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 ( ) ATÉ 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/altura<sup>2</sup>):** \_\_\_\_\_ **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**

<b>1</b>	<b>NORMAL</b>	<b>2</b>	<b>ALTERADO</b>
----------	---------------	----------	-----------------

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. RAIO 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. ULTRASSONOGRAFIA 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.

\_\_\_\_\_ - \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

