



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? _____
- 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.



Universidade Federal do Oeste do Pará

Pró-Reitoria de Gestão de Pessoas

Diretoria de Saúde e Qualidade de Vida

Coordenadoria de Vigilância e Saúde do Servidor

Subsistema Integrado de Saúde do Servidor - Tapajós Ufopa

Av. Mendonça Furtado, nº 2946, Campus Amazônia, bairro: Fátima, CEP: 68040-470 tel: (093)- 2101-6535.

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)				



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

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

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)

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)

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)



CAMPO PREENCHIDO PELO MÉDICO EXAMINADOR

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: _____

9.4. 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:** _____.



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: _____



12. CONDUTA/RECOMENDAÇÕES/RESTRICÇÕES

ENCAMINHAMENTOS	

13. PARECER FINAL

DIAGNÓSTICOS: _____	CID 10: _____

14. CONCLUSÃO

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

Afirmo que essas declarações expressam a verdade.

ASSINATURA DO CANDIDATO/SERVIDOR

ASSINATURA E CARIMBO/ CRM DO MÉDICO EXAMINADOR



ATESTADO DE SAÚDE OCUPACIONAL

Admissional Periódico Mudança de Função Retorno ao Trabalho

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

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
Laudo de sanidade mental	
Exame oftalmológico com acuidade visual	
RX de toráx em PA e Perfil com laudo	
RX de coluna (cervical, torácica e lombo-sacra) em AP e perfil com laudo	
Eletrocardiograma com Laudo Médico	
Tipagem sanguínea	
Hemograma completo	
Glicose	
Colesterol total/HDL/LDL/VLDL	
Triglicerídios	
Uréia	
Creatinina	
Ácido úrico	
TGO/TGP/Gama GT	
Sumário de urina (E.A.S)	
Citologia cervical para candidatos do sexo feminino	
PSA livre/total para candidatos do sexo masculino com idade igual ou superior a 45 anos	
Mamografia para candidatos do sexo feminino com idade igual ou superior a 45 anos	
Pesquisa de sangue oculto nas fezes para candidatos com idade igual ou superior a 50 anos	
Carteira de vacinação atualizada: Febre Amarela, Hepatite B e Tétano	

Oo OBSERVAÇÕES:

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

SANTARÉM, / /



Universidade Federal do Oeste Do Pará
Pró-Reitoria De Gestão de Pessoas
Diretoria De Saúde e Qualidade de Vida
Coordenadoria de Vigilância E Saúde Do Servidor
Subsistema Integrado de Saúde do Servidor - Tapajós UFOPA

Av. Mendonça Furtado, nº 2946, Campus Amazônia, bairro: Fátima, cep: 68040-470 tel: (093)- 2101-6535.

Médico Examinador

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

_____ - ____/____/____