



UNIVERSIDADE FEDERAL DO VALE DO SÃO FRANCISCO
Unidade do Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor – SIASS
Av. José de Sá Maniçoba, s/n, Campus Universitário - Petrolina-PE – CEP 56.304-205
Tel (87) 2101-6701 – e-mail: siassunivasf@univasf.edu.br

EXAME PARA INVESTIDURA EM CARGO PÚBLICO (Admissional)

Preenchimento pelo nomeado

DADOS PESSOAIS	
NOME:	
NOME SOCIAL:	
RG:	ESTADO CIVIL:
DATA DE NASCIMENTO: / /	TIPO SANGUÍNEO:
SEXO: <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Masculino	CARGO:
CAMPUS:	VÍNCULO: <input type="checkbox"/> Efetivo <input type="checkbox"/> Substituto
SETOR:	TELEFONE: ()
E-MAIL:	

1. HISTÓRICO OCUPACIONAL	
1.1 Teve outro (s) emprego (s)? Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> - Especificar: _____ _____ _____	1.2 Exerce outra (s) atividade (s)? Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> - Especificar: _____ _____ _____
1.3 Acredita ter vivenciado em algum momento de sua vida profissional uma experiência que considerou negativa? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Se sim, relate-a. _____ _____ _____	1.4 Já sofreu algum acidente de trabalho? Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> - Especificar: _____ _____ 1.4.1 Se sofreu acidente de trabalho e teve afastamento devido ao mesmo, retornou a mesma atividade? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não se aplica <input type="checkbox"/>
1.5 Tem ou teve doença relacionada ao trabalho? Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> - Especificar: _____ _____ _____	1.6 Usa ou usava Equipamento de Proteção Individual? Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> - Especificar: _____ _____ _____
1.7 Lateralidade: <input type="checkbox"/> Destro <input type="checkbox"/> Ambidestro <input type="checkbox"/> Canhoto	

2. ANTECEDENTES PESSOAIS					
2.1 VOCÊ TEM COM FREQUÊNCIA:					
Doença nos olhos	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	Dores nos ombros	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
Doença de Pele	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	Dores nos cotovelos	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
Falta de ar/chiado	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	Dor nos dedos /mãos/punhos	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
Resfriados constantes	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	Formigamento nas mãos	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
Alergias	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	Dor no peito	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
Doenças do nariz e garganta	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	Dores na coluna	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
Doenças nos ouvidos	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	Dor ou ruídos ao movimentar a boca	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>

2. ANTECEDENTES PESSOAIS					
Dores de cabeça	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	Dores nos pés e pernas	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
Desmaios	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	Dores articulares	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
Tontura/ vertigem	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	Tensão muscular	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
Doenças na boca e dentes	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	Urina com sangue	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
Sangramento na gengiva	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	Distúrbio do sono	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
Doenças de estômago	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	Cansaço ao levantar	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
Diarréias frequentes	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	Transtorno Mental e/ou comportamental	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
Hemorroidas	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	Ansiedade	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
Doença sexualmente transmissível	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	Tristeza profunda/depressão	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
Inchaço	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	Irritação Nervosa	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
Dores no pescoço	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	Esquecimento	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
Palpitações	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	Pensar ou repetir o mesmo assunto	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
Tremores	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	Dificuldade de urinar	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
Doença de próstata	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	Não se aplica <input type="checkbox"/>		
2.2 VOCÊ TEM OU TEVE:					
Hipertensão (pressão arterial)	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	Doença de chagas	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
Dislipidemia (colesterol – triglicérides)	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	Hérnias	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
Doenças de pulmão	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	Varizes nas pernas	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
Doença de tireoide	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	Zumbidos no ouvido	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
Doença nos rins	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	Epilepsia	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
Doença no fígado e vesícula	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	Diabetes (açúcar no sangue)	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
Doença do coração	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	Malária	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
Esquistossomose	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	Hanseníase	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
2.3 OUTRAS SITUAÇÕES:					
Alergia a alguma medicação? Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> - Especificar.....			Neoplasia (câncer)? Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> - Especificar.....		
Fez alguma cirurgia? Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> - Especificar.....			Internamento hospitalar? Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> - Especificar.....		
Já teve acidentes ou traumatismo (fratura)? Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> - Especificar.....			Diagnosticado com alguma doença psiquiátrica? Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> - Especificar.....		
Tem alterações visuais? Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> - Especificar.....			Já fez uso de alguma medicação controlada? Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> - Especificar.....		
É pessoa com deficiência? Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> - Especificar.....					
2.4 APRESENTA ALGUMA OUTRA DOENÇA OU QUEIXA QUE NÃO ESTEJA RELACIONADA ACIMA? SE SIM, ESPECIFICAR: _____ _____					
2.5 ANTECEDENTES GINECOLÓGICOS (SOMENTE PARA MULHERES):					
Doenças ginecológicas Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> - Especificar.....			Alterações menstruais Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> - Especificar		
Nódulos nos seios Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> - Especificar.....			Gestação Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> - Qtde Normal: _____ Qtde Cesárea: _____ Qtde a Fórceps: _____		
Aborto Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> - Qtde.....			Ano do último exame preventivo (Citologia Oncótica): _____		

3. ANTECEDENTES FAMILIARES

Alguém de sua família, pais, irmãos, tios e avós, mesmo os falecidos têm ou tiveram alguma (s) desta (s) doença (s)?

Pressão Alta
Não Sim Não Soube Informar

Epilepsia (Ataques)
Não Sim Não Soube Informar

Doenças do coração
Não Sim Não Soube Informar

Transtorno Mental e/ou Comportamental
Não Sim Não Soube Informar

Doenças dos rins
Não Sim Não Soube Informar

Tuberculose (Doença do pulmão)
Não Sim Não Soube Informar

Diabetes (açúcar no sangue)
Não Sim Não Soube Informar

Neoplasia (câncer)
Não Sim Não Soube Informar

Dislipidemia (colesterol - triglicerídeos)
Não Sim Não Soube Informar

Glaucoma
Não Sim Não Soube Informar

3.1 APRESENTAM ALGUMA OUTRA DOENÇA OU QUEIXA QUE NÃO ESTEJA RELACIONADA ACIMA? SE SIM, ESPECIFICAR:

4 . HÁBITOS PESSOAIS

Realiza exercícios físicos?
Não
Sim - Frequência? Até 2 vezes por semana
 3 vezes por semana
 Mais de 3 vezes por semana

Ingere bebidas alcoólicas?
Não
Sim - Frequência? Até 2 vezes por semana
 3 vezes por semana
 Mais de 3 vezes p/semana

Uso regular de computador em casa?
Não
Sim - Frequência? Até 3 horas por dia
 Acima de 3 horas por dia

Você é tabagista?
Não.....
Sim.....
Ex-fumante

Toma regularmente algum medicamento?
Não
Sim - Qual?

Faz uso de outras drogas?
Não
Sim - Qual?

Doador sanguíneo?
Não
Sim

Ranger ou apertar os dentes (bruxismo)?
Não
Sim - Frequência? Durante o dia
 Se a noite
 Dia e noite

Faça uma auto avaliação sobre seu estado de saúde física e mental. Categorizando-o em excelente, regular, bom e péssimo.

Assino como prova de ter declarado a verdade.

_____, _____ de _____ de _____

Assinatura



UNIVERSIDADE FEDERAL DO VALE DO SÃO FRANCISCO
Unidade do Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor – SIASS
Av. José de Sá Maniçoba, s/n, Campus Universitário - Petrolina-PE – CEP 56.304-205
Tel (87) 2101-6701 – e-mail: siassunivasf@univasf.edu.br

EXAME PARA INVESTIDURA EM CARGO PÚBLICO AVALIAÇÃO MÉDICA OFICIAL- Preenchimento pelo médico

1. EXAMES GERAIS (PARA SUBSTITUTOS ATÉ O ITEM 1.11):		
1.1 Hemograma completo com contagem de plaquetas	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Alterado
1.2 Glicemia em jejum	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Alterado
1.3 Colesterol total	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Alterado
1.4 Triglicerídeos	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Alterado
1.5 Creatinina	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Alterado
1.6 AST (Transaminase Glutâmica Oxalacética-TGO)	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Alterado
1.7 ALT (Transaminase Glutâmica Pirúvica-TGP)	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Alterado
1.8 GGT (Gama-Glutamil Transferase)	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Alterado
1.9 Urina Tipo I (Elementos Anormais e Sedimentoscopia- EAS)	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Alterado
1.10 Parasitológico de fezes	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Alterado
1.11 Avaliação psiquiátrica com laudo de sanidade mental;	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Alterado
1.12 Eletrocardiograma com parecer cardiológico;	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Alterado
1.13 Exame Oftalmológico com parecer médico de aptidão funcional do ponto de vista oftalmológico;	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Alterado
1.14 Eletroencefalograma com laudo;	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Alterado
1.15 Citologia Oncótica (Papanicolau) (todas as mulheres);	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Alterado
1.16 Pesquisa de sangue oculto nas fezes (a partir de 50 anos) ;	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Alterado
1.17 Mamografia (mulheres a partir de 50 anos) ;	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Alterado
1.18 PSA (Antígeno Prostático Específico) (homens a partir de 40 anos).	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Alterado
2. EXAMES ESPECÍFICOS (ALÉM DOS EXAMES GERAIS CONTIDOS NO ITEM 1)		
2.1 PARA CARGO DE PROFESSOR EFETIVO:		
2.1.1 Avaliação otorrinolaringológica, acompanhada de laringoscopia e audiometria tonal com parecer médico de aptidão otorrinolaringológica.	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Alterado
2.2 PARA CARGOS NAS ÁREAS DE ENGENHARIA AGRÔNOMICA E ENGENHARIA AGRÍCOLA:		
2.2.1 Colinesterase eritrocitária e plasmática.	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Alterado
2.3 PARA CARGOS NA ÁREA DE ENGENHARIA MECÂNICA:		
2.3.1 Espirometria;	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Alterado
2.3.2 Raio-x de tórax.	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Alterado
2.4 PARA CARGOS NAS ÁREAS DE MEDICINA VETERINÁRIA E ZOOTECNIA:		
2.4.1 Brucela (IGM e EGG).	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Alterado
2.5 PARA CARGOS NA ÁREA DE RADIOLOGIA:		
2.5.1 TSH – Hormônio Tiroestimulante;	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Alterado
2.5.2 T4 livre – Tiroxina livre;	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Alterado
2.5.3 Beta – HCG (para mulheres);	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Alterado
2.5.4 Espermograma (caracteres físicos, pH, fluidificação, motilidade, vitalidade, contagem e morfologia) (para homens).	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Alterado
2.6 PARA CARGOS NA ÁREA DE SAÚDE:		
2.6.1 HBsAg – Hepatite B (AU, antígeno australiano);	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Alterado
2.6.2 Anti – HBs (anti-antígeno de superfície);	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Alterado
2.6.3 Anti – HBc- IgG (anti-core IgG ou Acoreg);	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Alterado
2.6.4 Anti – HCV – Hepatite C.	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Alterado

3. CONTROLE VACINAL						
DOSES/ VACINAS	DUPLA ADULTO	HEPATITE B	TRÍPLICE VIRAL	INFLUENZA	FEBRE AMARELA	
1ª						
2ª						
3ª						
REFORÇO						

4. EXAME FÍSICO	
PA: x mmHG	FC: bpm
Peso (kg):	Altura(metros/cm):
Inspeção: Descrição:	Normal <input type="checkbox"/> Alterada <input type="checkbox"/>
Ausulta Cardíaca: Descrição:	Normal <input type="checkbox"/> Alterada <input type="checkbox"/>
Ausulta Pulmonar: Descrição:	Normal <input type="checkbox"/> Alterada <input type="checkbox"/>
Exame Abdominal: Descrição:	Normal <input type="checkbox"/> Alterada <input type="checkbox"/>
Pele e Anexos: Descrição:	Normal <input type="checkbox"/> Alterada <input type="checkbox"/>
Se necessário, exames complementares:	
Conclusão:	
O (A) Senhor(a): _____ está :	
<input type="checkbox"/> APTO(A)	
<input type="checkbox"/> APTO(A) COM RESTRIÇÕES	
<input type="checkbox"/> INAPTO(A)	
para ingresso no Serviço Público Federal no exercício do cargo pretendido.	
Restrições a serem observadas:	

_____ de _____ de _____	

Médico - Unidade SIASS / UNIVASF (Carimbo e assinatura)	



UNIVERSIDADE FEDERAL DO VALE DO SÃO FRANCISCO
Unidade do Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor – SIASS
Av. José de Sá Maniçoba, s/n, Campus Universitário - Petrolina-PE – CEP 56.304-205
Tel (87) 2101-6701 – e-mail: siassunivasf@univasf.edu.br

EXAME PARA INVESTIDURA EM CARGO PÚBLICO
ATESTADO DE SAÚDE OCUPACIONAL - ASO

DADOS PESSOAIS	
NOME:	
NOME SOCIAL:	
RG:	ESTADO CIVIL:
DATA DE NASCIMENTO: / /	TIPO SANGUÍNEO:
SEXO: <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Masculino	CARGO:
CAMPUS:	VÍNCULO: <input type="checkbox"/> Efetivo <input type="checkbox"/> Substituto

LAUDO DA AVALIAÇÃO MÉDICA OFICIAL
<p>Considerando a avaliação médica realizada, bem como o rol de exames apresentados concluímos que, em ____/____/_____, o(a) candidato(a) encontra-se:</p> <p><input type="checkbox"/> APTO(A)</p> <p><input type="checkbox"/> APTO(A) COM RESTRIÇÕES</p> <p><input type="checkbox"/> INAPTO(A)</p> <p>para ingresso no Serviço Público Federal no exercício do cargo pretendido.</p> <p>Restrições a serem observadas:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Base legal: Art 14 da Lei 8112/1990</p> <p>_____, _____ de _____ de _____</p> <p>_____ Médico - Unidade SIASS / UNIVASF (Carimbo e assinatura)</p> <p>_____ Nomeado Declaro que recebi a 2ª via deste ASO</p>



Via do Nomeado

UNIVERSIDADE FEDERAL DO VALE DO SÃO FRANCISCO
Unidade do Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor – SIASS
Av. José de Sá Maniçoba, s/n, Campus Universitário - Petrolina-PE – CEP 56.304-205
Tel (87) 2101-6701 – e-mail: siassunivasf@univasf.edu.br

EXAME PARA INVESTIDURA EM CARGO PÚBLICO
ATESTADO DE SAÚDE OCUPACIONAL - ASO

DADOS PESSOAIS	
NOME:	
NOME SOCIAL:	
RG:	ESTADO CIVIL:
DATA DE NASCIMENTO: / /	TIPO SANGUÍNEO:
SEXO: <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Masculino	CARGO:
CAMPUS:	VÍNCULO: <input type="checkbox"/> Efetivo <input type="checkbox"/> Substituto

LAUDO DA AVALIAÇÃO MÉDICA OFICIAL
<p>Considerando a avaliação médica realizada, bem como o rol de exames apresentados concluímos que, em ____/____/_____, o(a) candidato(a) encontra-se:</p> <p><input type="checkbox"/> APTO(A)</p> <p><input type="checkbox"/> APTO(A) COM RESTRIÇÕES</p> <p><input type="checkbox"/> INAPTO(A)</p> <p>para ingresso no Serviço Público Federal no exercício do cargo pretendido.</p> <p>Restrições a serem observadas:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Base legal: Art 14 da Lei 8112/1990</p> <p>_____, _____ de _____ de _____</p> <p>_____ Médico - Unidade SIASS / UNIVASF (Carimbo e assinatura)</p> <p>_____ Nomeado</p>