

## FORMULÁRIO DE PERFIL DE SAÚDE

Somente para apresentação na Inspeção Médica Oficial – investidura em cargo público

**Uso exclusivo da unidade que realiza a Inspeção Médica Oficial. Não enviar ao setor de gestão de pessoas e não anexar ao processo de posse.**

### 1. Identificação do(a) candidato(a)

Nome completo: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Data de nascimento:    /    /

Cargo a que concorre: \_\_\_\_\_

Órgão/entidade de provimento: \_\_\_\_\_

Telefone para contato: (    ) \_\_\_\_\_

### 2. Ciência sobre as atribuições do cargo

Declaro que tomei ciência das atribuições essenciais do cargo disponibilizadas pelo órgão/entidade, ou prevista no edital do certame, e que responderei às questões abaixo com base em meu estado de saúde atual.

### 3. Saúde atual – autodeclaração

3.1. Está em tratamento médico em curso?  Não  Sim. Qual/desde quando:

\_\_\_\_\_

3.2. Usa medicação de uso contínuo?  Não  Sim. Qual/dose:

\_\_\_\_\_

3.3. Já passou por cirurgia?  Não  Sim. Qual/data:

\_\_\_\_\_

3.4. Teve internação nos últimos 12 meses?  Não  Sim. Qual motivo/data:

\_\_\_\_\_

3.5. Possui condição de saúde que requeira acompanhamento (ex.: cardiopatias, diabetes, epilepsia, transtornos mentais, doenças respiratórias, reumatológicas, oncológicas)?  Não  Sim. Qual:

\_\_\_\_\_

3.6. Apresenta limitação funcional que possa interferir nas atribuições do cargo (ex.: esforço físico prolongado, permanência prolongada em pé, locomoção, manuseio fino, trabalho noturno/por turnos, direção de veículo, uso de EPI específicos)?  Não  Sim. Descreva:

\_\_\_\_\_

3.7. Deficiência (quando houver):  Não  Sim. Tipo/descrição:

\_\_\_\_\_

3.8. Neurodivergência (quando houver):  Não  Sim. Tipo/descrição:

\_\_\_\_\_

3.9. Histórico ocupacional relevante (últimos 5 anos) – desenvolveu atividades com exposição a riscos ocupacionais?

Não  Agentes químicos/poeiras  Agentes biológicos  Agentes físicos (ruído, calor, frio, umidade, condição hiperbárica, vibração, radiação não ionizante)  Radiação ionizante / Raios-X  Ergonômicos. Descrever:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

3.10. Histórico ocupacional relevante (últimos 5 anos) – acidentes/doenças relacionadas ao trabalho:

Não  Sim. Descrever:

---

---

3.11. Alergias relevantes (medicamentos, látex, alimentos, outros):  Não  Sim. Quais:

---

3.12. Gestação (quando aplicável):  Não  Sim. Semana: \_\_\_\_\_

3.13. Campo livre (opcional): outras informações de saúde que julgar relevantes ao exercício do cargo:

---

---

---

---

#### 4. Vacinação (quando exigida em edital/atribuições)

Apresentarei comprovante(s) de vacinação, quando solicitado(s), conforme edital/atribuições do cargo.

#### 5. Entrega e uso do formulário

a) este formulário será apresentado diretamente ao médico avaliador no momento da Inspeção Médica Oficial;

b) não será arquivado com o atestado declaratório de aptidão nos assentamentos funcionais;

c) seu uso é exclusivo para subsidiar a avaliação clínica durante a Inspeção Médica Oficial, em conformidade com a Portaria SRT/MGI nº 4.515/2024 (com alterações) e com a LGPD.

#### 6. Declaração do(a) candidato(a)

Declaro, para os devidos fins, que as informações prestadas são verdadeiras e refletem meu estado de saúde atual, comprometendo-me a informar o órgão/entidade caso ocorra alteração relevante que possa comprometer o exercício das atribuições do cargo, inclusive após a emissão do atestado declaratório de aptidão.

Local e data: \_\_\_\_\_

Assinatura do(a) candidato(a): \_\_\_\_\_

#### 7. Uso exclusivo do médico avaliador (preenchimento pela unidade que realiza a Inspeção Médica Oficial)

Recebido e conferido em: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

Análise clínica:  informações suficientes  solicitar esclarecimentos/exames complementares

Observações do ato médico (opcional):

---

---

---

Nome e CRM (ou equivalente) do médico avaliador: \_\_\_\_\_

Assinatura/Carimbo: \_\_\_\_\_

#### Guarda do documento:

- Se realizada a avaliação em Unidade SIASS, este formulário integra o prontuário de saúde ocupacional da unidade que realizou a Inspeção Médica Oficial, observadas as políticas de segurança da informação e a tabela de temporalidade aplicável. É vedado o arquivamento nos assentamentos funcionais.

- Se realizada em unidade ou serviço diverso, nos termos da Portaria SRT/MGI nº 4.515/2024 (com alterações), devolver ao candidato.



Ministério da Educação  
**Universidade Tecnológica Federal do Paraná**  
 Diretoria de Gestão de Pessoas



### EXAME FÍSICO

P.A: \_\_\_\_\_ T: \_\_\_\_\_ FC: \_\_\_\_\_

PULSO: \_\_\_\_\_ PESO: \_\_\_\_\_ ALTURA: \_\_\_\_\_

Obs 1 .: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Obs 2 .: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

| EXAME COMPLEMENTARES                           | OBSERVAÇÕES |
|--|-------------|
| Hemograma completo com contagem de plaquetas   |             |
| Glicemia de jejum                              |             |
| Urina tipo 1 (EAS)                             |             |
| Creatinina sérica                              |             |
| Colesterol total e triglicérides (lipidograma) |             |
| AST (Transaminase Glutâmica Oxalacética - TGO) |             |
| ALT (Transaminase Glutâmica Pirúvica - TGP)    |             |
| Raios X de Tórax PA e perfil com laudo médico  |             |
| Eletrocardiograma com laudo médico             |             |
| Tipagem sanguínea ABO e fator RH               |             |

Exames complementares somente para candidatos **acima de 50 (cinquenta) anos** de idade:

| EXAME COMPLEMENTARES   | OBSERVAÇÕES |
|--|-------------|
| PSA (homens)   |             |
| Mamografia com laudo médico (mulheres)   |             |
| Pesquisa de sangue oculto nas fezes – método imunocromatográfico (homens e mulheres) |             |



Ministério da Educação  
Universidade Tecnológica Federal do Paraná  
Diretoria de Gestão de Pessoas



### ATESTADO DE SAÚDE – OFTALMOLÓGICO

Atesto, para fins profissionais, que \_\_\_\_\_  
foi examinado(a) em \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ e o(a) mesmo(a) se encontra (  ) apto (  ) inapto a  
exercer a função de \_\_\_\_\_

Obs.: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
*Carimbo e assinatura do(a) Oftalmologista – CRM e RQE*



Ministério da Educação  
**Universidade Tecnológica Federal do Paraná**  
Diretoria de Gestão de Pessoas



**ATESTADO DE SAÚDE – CARDIOLÓGICO**

Atesto, para fins profissionais, que \_\_\_\_\_

foi examinado(a) em \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ e o(a) mesmo(a) se encontra (  ) apto (  ) inapto a  
exercer a função de \_\_\_\_\_

Obs.: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
*Carimbo e assinatura do(a) Cardiologista - CRM e RQE*



Ministério da Educação  
**Universidade Tecnológica Federal do Paraná**  
Diretoria de Gestão de Pessoas



### ATESTADO DE SAÚDE – OTORRINOLARINGOLÓGICO

Atesto, para fins profissionais, que \_\_\_\_\_  
foi examinado(a) em \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ e o(a) mesmo(a) se encontra (    ) apto    (    ) inapto a  
exercer a função de \_\_\_\_\_

Obs.: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
*Carimbo e assinatura do(a) Otorrinolaringologista – CRM e RQE*



Ministério da Educação  
Universidade Tecnológica Federal do Paraná  
Diretoria de Gestão de Pessoas



### ATESTADO DE SAÚDE – PSIQUIÁTRICO

Atesto, para fins profissionais, que \_\_\_\_\_  
foi avaliado(a) em \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_, com o objetivo de identificar a presença de fatores impeditivos para o exercício do cargo de \_\_\_\_\_, os quais consistem em alterações patológicas em uma ou mais das seguintes funções psíquicas elementares: consciência, atenção, orientação, sensopercepção, afetividade, memória, pensamento.

Com base na avaliação realizada, considera-se o(a) candidato(a):

( ) APTO(A)

( ) INAPTO(A)

Observações complementares:

---

---

---

\_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
*Carimbo e assinatura do(a) Psiquiatra – CRM e RQE*



Ministério da Educação  
Universidade Tecnológica Federal do Paraná  
Diretoria de Gestão de Pessoas



**ASO – ATESTADO DE SAÚDE OCUPACIONAL**

**EXAME PARA INVESTIDURA EM CARGO PÚBLICO**

Atesto, para fins profissionais, que \_\_\_\_\_  
foi examinado(a) em \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ e o(a) mesmo(a) se encontra (    ) apto    (    ) inapto a  
exercer a função de \_\_\_\_\_

LOTAÇÃO: \_\_\_\_\_

Obs.: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
*Carimbo e assinatura do(a) médico*