

Ano Letivo 2024/2025

CANDIDATURA AO ENSINO SUPERIOR

Pré-Requisitos do Grupo A – Comunicação Interpessoal

(Anexo III.2 da Deliberação da CNAES nº 316/2024, de 13 de março)

Anexo III.2

Questionário individual de saúde

(composto por 2 páginas em frente e verso)

Nome do candidato _____

Data de Nascimento |_|_|-|_|_|-|_|_|_|_|

BI/CC n.º |_|_|_|_|_|_|_|_| Validade |_|_|-|_|_|-|_|_|_|_|

Estado Civil _____

Morada _____

Código Postal |_|_|_|_|-|_|_|_| Localidade _____

Telefone n.º |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

No momento do preenchimento deste questionário o candidato deverá ser portador de:

- a) Bilhete de Identidade;
- b) Boletim Individual de Saúde atualizado em relação à vacina antitetânica e hepatite B;
- c) Radiografia do tórax e exames complementares de diagnóstico que o médico considerar convenientes.

O presente questionário constitui documento sujeito a sigilo,
devendo ficar na posse do médico ou dos serviços de saúde.

Ano Letivo 2024/2025

CANDIDATURA AO ENSINO SUPERIOR

Pré-Requisitos do Grupo A – Comunicação Interpessoal

(Anexo III.2 da Deliberação da CNAES nº 316/2024, de 13 de março)

Anexo III.2

Questionário individual de saúde

1. **SISTEMA MUSCULO-ESQUELÉTICO** - Ausência de deficiência motora permanente, congénita, ou adquirida, com repercussão na aprendizagem _____

2. **VISÃO** – Ausência de deficiência visual permanente bilateral – cegueira e baixa visão

Acuidade visual _____

Sem correção _____

Com correção _____

Senso cromático (ausência de daltonismo) _____

3. **AUDIÇÃO** – ausência de deficiência auditiva bilateral de grau severo ou profundo _____

Perda auditiva _____

Sem correção _____

Com correção _____

4. **OLFATO**

5. **SENSIBILIDADE (TÁCTIL, TÉRMICA E ÁLGICA)**

6. **SISTEMA NEURO-MUSCULAR**

Coordenação _____

Movimentos involuntários _____

Alteração da linguagem e da fala _____

Déficite motor _____

Atrofia muscular _____

7. **COMPORTEAMENTO**

Alterações de comportamento _____

8. **COMUNICAÇÃO INTERPESSOAL**

Atenção _____

Coerência do discurso _____

Outros _____

9. **MEDICAÇÃO HABITUAL**

10. **OBSERVAÇÕES:**

CONCLUSÕES: APTO |__| (a inscrever em declaração médica autónoma) NÃO APTO |__|

O MÉDICO

Emitido em _____ |__|_|__|_|__|_|__|_|__|_|__|_|

N.º de Inscrição na Ordem dos Médicos _____