

SECRETARIA MUNICIPAL DE ADMINISTRAÇÃO E RECURSOS HUMANOS
JUNTA MÉDICA

ANEXO I – ANALISTA EM SAÚDE I

**MÉDICO/ VETERINÁRIO / CIRURGIÃO DENTISTA / BIOMÉDICO /
ENFERMEIRO / FARMACÊUTICO / FARMACÊUTICO-BIOQUÍMICO/
FONOAUDIÓLOGO / NUTRICIONISTA / PSICÓLOGO / QUÍMICO**

RELAÇÃO DE EXAMES COMPLEMENTARES OBRIGATÓRIOS A SEREM APRESENTADOS NA JUNTA MÉDICA MUNICIPAL, NO ATO DA PERÍCIA MÉDICA, PARA ADMISSÃO NO SERVIÇO PÚBLICO MUNICIPAL.

I – EXAMES GERAIS PARA TODOS OS CARGOS/FUNÇÕES:

- RADIOGRAFIA DO TORAX EM PA E PERFIL (com laudo e assinatura do médico Radiologista)
"Radiografias deverão constar data do exame e todas as iniciais do nome do candidato"
- ELETROCARDIOGRAMA (com laudo, carimbo e assinatura do Cardiologista)
- IMUNOFLUORESCÊNCIA PARA T.A. (DOENÇA DE CHAGAS)
- HEMOGRAMA COMPLETO
- TIPAGEM SANGUÍNEA
- URANÁLISE (E.A.S.)
- URÉIA
- GLICEMIA: Jejum
- GLICEMIA: Pós-Prandial (Após o almoço)
- CREATININA
- VDRL
- COLPOCITOLOGIA ONCÓTICA PARASITÁRIA (Prevenção Ginecológica)
- PSA (PARA HOMENS ACIMA DE 40 ANOS)

OBS: Todos os exames devem conter
assinatura do responsável técnico
“NÃO VALE SÓ VISTO ELETRÔNICO”

**II – PARECERES ESPECIALIZADOS (EM FORMULÁRIO PRÓPRIO DA JUNTA MÉDICA MUNICIPAL)
PARA TODOS OS CARGOS/FUNÇÕES - GUIA EXAME MÉDICO ADMISSONAL (ANEXO I)**

- PARECER DERMATOLÓGICO
- PARECER PSIQUIÁTRICO
- PARECER OFTALMOLÓGICO

OBS: É OBRIGATÓRIO constar no
carimbo do médico a especialidade do profissional

III – EXAMES ESPECÍFICOS POR CARGO/FUNÇÃO: ANALISTA DE SAÚDE I

- Marcadores Virais para Hepatite “B” (HBS – Ag) e Hepatite “C” (ANTI - HCV)

TELEFONES DA JUNTA MÉDICA MUNICIPAL PARA DÚVIDAS SOBRE EXAMES: 3524-8604/ 8605

ENDEREÇO: RUA R-8 Nº38, ST. OESTE (ATRÁS DO HOSPITAL UROLÓGICO)

TELEFONES EXCLUSIVOS DE AGENDAMENTO PARA JUNTA MÉDICA E POSSE: 0800-64-62213, 3524-2830 / 2833

OBS: OBSERVAR INFORMAÇÕES OBRIGATÓRIAS NA PÁGINA 2 (Imprimir)

AVISOS IMPORTANTES E OBRIGATÓRIOS PARA APRESENTAÇÃO DO CANDIDATO

- **TODOS OS CANDIDATOS DEVERÃO IR AO POSTO DO INSS SOLICITAR DECLARAÇÃO DE NADA CONSTA DE AUXÍLIO DOENÇA (PESNOM - PESQUISA POR NOME) OU HISTÓRICO DE PERÍCIA MÉDICA (HISMED) E INFORMAÇÕES DO BENEFÍCIO (INFBEN) ONDE CONSTA O CID E O PERÍODO DE AFASTAMENTO DA DOENÇA. OS DOCUMENTOS DEVERÃO ESTAR ASSINADOS E CARIMBADOS POR SERVIDOR DO INSS DEVIDAMENTE IDENTIFICADO;**
- **É OBRIGATÓRIO TRAZER TODAS AS CARTEIRAS DE TRABALHO ORIGINAIS NO ATO DA PERÍCIA MÉDICA. CASO TENHA PERDIDO A CARTEIRA DE TRABALHO, IR AO INSS E TRAZER O CNIS – CADASTRO NACIONAL DE INFORMAÇÕES SOCIAIS COM REGISTRO DOS TRABALHOS ANTERIORES;**
- **TODOS OS EXAMES MÉDICOS E PARECERES ESPECIALIZADOS DO MÉDICO PSIQUIATRA, DERMATOLOGISTA E OFTOMOLOGISTA ENTRE OUTROS, SERÃO DE TOTAL RESPONSABILIDADE DOS CANDIDATOS, ONDE DEVERÃO PROVIDENCIÁ-LOS POR CONTA PRÓPRIA;**
- **A JUNTA MÉDICA MUNICIPAL NÃO FORNECERÁ NENHUM DOS EXAMES PARECERES ESPECIALIZADOS;**
- **O NÃO CUMPRIMENTO DAS EXIGÊNCIAS DA LISTA ACARRETERÁ RETORNO DO CANDIDATO;**
- **É OBRIGATÓRIO TRAZER CANETA PRETA OU AZUL NO ATO DA PERÍCIA MÉDICA;**
- **O candidato deverá vir com disponibilidade de tempo, aguardando os atendimentos de rotina da Junta Médica Municipal;**
- **Os exames já realizados pelos candidatos para outras finalidades, serão aceitos pela Junta Médica com a seguinte validade: PREVENÇÃO GINECOLÓGICA até 6 (seis meses); OS DEMAIS EXAMES a validade é de até 3 (três) meses, isso até a data da Perícia Médica;**
- **GRÁVIDAS: Raio-X dispensado. Deverão trazer relatório completo do médico assistente (Ginecologista/obstetra), sobre o histórico completo da gravidez (desde o início da gestação) e tempo de gestação. Na impossibilidade do teste de esforço, apresentar ECODOPLERCARDIOGRAMA;**
- **Para entregar exames na junta médica, somente através de agendamento.**

ATENÇÃO: TODOS OS EXAMES DEVERÃO SER CONFERIDOS PELO CANDIDATO DE ACORDO COM A LISTA APRESENTADA, ANTES DE PASSAR PELA AVALIAÇÃO DA JUNTA MÉDICA.

ANEXO I

**GUIA EXAME MÉDICO ADMISSIONAL
(G.E.M.A.)**

QUESTIONÁRIO PARA RESPONDER

I - IDENTIFICAÇÃO:

1.1 - NOME: _____

1.2 - DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____

1.3 - SEXO: _____ ESTADO CIVIL: _____

1.4 - FILIAÇÃO: _____

1.5 - NATURALIDADE: _____ NACIONALIDADE: _____

1.6 - DOC. IDENTIDADE Nº _____ DATA DE EXPEDIÇÃO: ____/____/____

ÓRGÃO EXPEDIDOR: _____

1.7 - ENDEREÇO: _____

1.8 - CIDADE: _____ ESTADO _____

1.9 - CARGO/FUNÇÃO: _____

**OBS: A PARTIR DESTES CAMPOS, PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO E EXCLUSIVO DOS MÉDICOS ESPECIALISTAS
É obrigatório constar no carimbo do médico a especialidade do profissional**

II – EXAME PSIQUIÁTRICO: (A CARGO DO MÉDICO PSIQUIATRA)

NOME DO PACIENTE (A CARGO DO MÉDICO): _____

RG DO PACIENTE (A CARGO DO MÉDICO): _____

2.1 – Você tem, ou teve parente com doenças mentais ou nervosas?

sim não

2.2 - Você já fez tratamento psiquiátrico (ambulatorial ou internado?)

sim não

2.3 - Condições de nascimento e desenvolvimento neuropsicomotor:

2.4 - Exame Psíquico: _____

2.5 - PARECER MÉDICO FINAL:

APTO DATA _____ ASS. E CARIMBO C/ ESPECIALIDADE: _____

RETIDO DATA _____ ASS. E CARIMBO C/ ESPECIALIDADE: _____

SOLICITADO: _____

INAPTO DATA _____ ASS. E CARIMBO C/ ESPECIALIDADE: _____

2.6 - OBS: _____

III – EXAME DERMATOLÓGICO: (A CARGO DO MÉDICO DERMATOLOGISTA)

NOME DO PACIENTE (A CARGO DO MÉDICO): _____

RG DO PACIENTE (A CARGO DO MÉDICO): _____

3.1 – Já teve algum caso de hanseníase na família?

sim não

3.2 - Já teve manchas na pele com perda de sensibilidade?

sim não

3.3 - Exame de pele: _____

3.4 - PARECER MÉDICO FINAL:

APTO DATA _____ ASS. E CARIMBO C/ ESPECIALIDADE: _____

RETIDO DATA _____ ASS. E CARIMBO C/ ESPECIALIDADE: _____

SOLICITADO: _____

INAPTO DATA _____ ASS. E CARIMBO C/ ESPECIALIDADE: _____

3.5 - OBS: _____

IV – EXAME OFTALMOLÓGICO: (A CARGO DO MÉDICO OFTALMOLOGISTA)

NOME DO PACIENTE (A CARGO DO MÉDICO): _____

RG DO PACIENTE (A CARGO DO MÉDICO): _____

4.1 - Acuidade visual:

a) – OD: _____ b) OE: _____

4.2 – Lâmpada de Fenda:

a) – OD: _____ b) OE: _____

4.3 – Fundoscopia: _____

4.4 - PARECER MÉDICO FINAL:

APTO DATA _____ ASS. E CARIMBO C/ ESPECIALIDADE: _____

RETIDO DATA _____ ASS. E CARIMBO C/ ESPECIALIDADE: _____

SOLICITADO: _____

INAPTO DATA _____ ASS. E CARIMBO C/ ESPECIALIDADE: _____

4.5 - OBS: _____

OBS: Esta guia deverá ser apresentada após resultado do concurso na Junta Medica Municipal,
devidamente preenchida junto com exames complementares.

RELAÇÃO DOS DOCUMENTOS EXIGIDOS PARA TOMAR POSSE

Analista em Saúde I - QUÍMICO

XEROX



- **Carteira de Identidade** – 02 cópias mais original;
- **C.P.F.** – 02 cópias mais original;
- **PIS/PASEP** – 02 cópias mais original;
- **Título de Eleitor, com quitação eleitoral do 1º e 2º turno** (última votação) – 02 cópias mais original;
- **Certificado de Reservista (Homens)** – 02 cópias mais original;
- **Certidão de Casamento** – 02 cópias mais original;
- **Certidão de Nascimento (filho menor de 21 anos)** – 02 cópias mais original;
- **Comprovante de Endereço** – 02 cópias mais original;
- **Comprovante de Escolaridade – Diploma 3º Grau completo** – 02 cópias mais original;
- **Foto 3 / 4 recente** - 01 foto
- **Atestado de aptidão expedida pela Junta Médica Municipal;**
- **NÃO RECORTAR OS DOCUMENTOS.**
- **COMPROVANTE DO EXTRATO DA CONTA (CORRENTE OU SALÁRIO) DE QUALQUER AGÊNCIA DO BANCO DO BRASIL OU CAIXA ECONÔMICA FEDEAL;**
- **OBS.:** Após a realização dos exames médicos e providenciado a xerox de todos os documentos, **AGENDAR** o atendimento na **JUNTA MÉDICA**, pelo telefone nº **3524 – 1432/1417**