

## ANEXO IV – AUXILIAR DE APOIO ADMINISTRATIVO I

- PARA ENTREGAR EXAMES NA JUNTA MÉDICA, SOMENTE ATRAVÉS DE AGENDAMENTO
- TODOS EXAMES DEVERÃO SER CONFERIDOS DE ACORDO COM A LISTA APRESENTADA, ANTES DE PASSAR PELA AVALIAÇÃO DA JUNTA MÉDICA

- RADIOGRAFIA DO TORAX EM PA E PERFIL (Laudo e assinatura do Profissional Responsável)  
"Nas radiografias deverão constar data do exame e iniciais do nome do paciente"
- ELETROCARDIOGRAMA ( laudo com carimbo e assinatura do Médico Cardiologista)
- IMUNOFLUORESCÊNCIA PARA T.A (DOENÇA DE CHAGAS)
- HEMOGRAMA COMPLETO
- TIPAGEM SANGUÍNEA **OBS: Todos os exames de laboratório deverão constar assinatura do responsável técnico**  
**"Não vale só visto eletrônico"**
- URANÁLISE
- GLICEMIA : **Jejum**  
**Pós-Prandial ( após o almoço)**
- UREIA
- CRIATININA
- VDRL
- COLPOCITOLOGIA ONCÓTICA PARASITÁRIA (Prevenção ginecológica)
- PSA (PARA HOMENS ACIMA DE 40 ANOS)

- PARECER DERMATOLÓGICO
- PARECER PSIQUIÁTRICO
- PARECER OFTALMOLÓGICO

OBS: É obrigatório constar no carimbo do médico a especialidade do Profissional

- RADIOGRAFIA DE COLUNA( CERVICAL, DORSAL e LOMBAR) PA e PERFIL  
"Nas radiografias deverão constar a data do exame e todas iniciais do nome do paciente"
- Marcadores Virais para Hepatite “B” ”(HBS – Ag ) e Hepatite “C” (ANTI - HCV)
- TESTE DE ESFORÇO ( INDEPENDENTE DA IDADE)
- TESTES ALÉRGICOS DE CONTATO (Deverá procurar Alergista)  
São 30 elementos ( O Resultado deverá ser acompanhado do laudo Médico)

**TELEFONES EXCLUSIVOS DE AGENDAMENTO PARA JUNTA MÉDICA E POSSE : 0800 6462213 , 3524-2830**

- **MÉDICOS E EXAMES DE TOTAL RESPONSABILIDADE DO CANDIDATO(A)**
- **O NÃO CUMPRIMENTO DAS EXIGÊNCIAS DA LISTA, ACARRETARÁ RETORNO DO CANDIDATO**
- **TRAZER TODAS AS CARTEIRAS DE TRABALHO ORIGINAIS NO ATO DA PERÍCIA MÉDICA**
- **TRAZER CANETA PRETA OU AZUL NO ATO DA PERÍCIA MÉDICA**
- **O candidato deverá vir com disponibilidade de tempo, aguardando atendimentos de licença médica**
- **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 a gravidez e Tempo de gestação. Na impossibilidade do Teste de esforço, apresentar ECODOPLERCARDIOGRAMA.**

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: \_\_\_\_\_

☐ RETIDO DATA \_\_\_\_\_ ASS. E CARIMBO: \_\_\_\_\_

SOLICITADO: \_\_\_\_\_

---

☐ INAPTO DATA \_\_\_\_\_ ASS. E CARIMBO: \_\_\_\_\_

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: \_\_\_\_\_

☐ RETIDO DATA \_\_\_\_\_ ASS. E CARIMBO: \_\_\_\_\_

SOLICITADO: \_\_\_\_\_

---

☐ INAPTO DATA \_\_\_\_\_ ASS. E CARIMBO: \_\_\_\_\_

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: \_\_\_\_\_

☐ RETIDO DATA \_\_\_\_\_ ASS. E CARIMBO: \_\_\_\_\_

SOLICITADO: \_\_\_\_\_

---

☐ INAPTO DATA \_\_\_\_\_ ASS. E CARIMBO: \_\_\_\_\_

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**

## **Auxiliar de Apoio Administrativo I – Serviços de**

### **Higiene e Limpeza**

#### **XEROX**



- **Carteira de Identidade** – 03 cópias mais original;
- **C.P.F.** – 03 cópias mais original;
- **PIS/PASEP** – 03 cópias mais original;
- **Tít. de Eleitor, com quitação eleitoral do 1º e 2º turno (última votação)** – 03 cópias e original;
- **Certificado de Reservista ( Homens )** – 03 cópias mais original;
- **Certidão de Casamento** – 03 cópias mais original;
- **Certidão de Nascimento ( filho menor de 21 anos )** – 03 cópias mais original;
- **Comprovante de Endereço** – 03 cópias mais original;
- **Comprovante de Escolaridade – Alfabetizado** - 03 cópias mais original;
- 01 (uma) foto colorida 3/ 4 recente;
- **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 / CAIXA ECONÔMICA FEDERAL;**
- **OBS.:** Após a realização dos exames médicos e providenciado a xerox de todos os documentos, **AGENDAR** o atendimento na **JUNTA MÉDICA**, pelo telefone nº **0800 – 646 2213, 524-2830 ou 524-2833.**

### **PASSO A PASSO PARA A POSSE:**

- **PROVIDENCIAR LISTAGEM DE DOCUMENTOS NECESSÁRIOS ( XEROX DE FRENTE E VERSO DOS DOCUMENTOS);**
- **PROVIDENCIAR LISTAGEM DE EXAMES;**
- **CASO NÃO TENHA CONTA BANCÁRIA PROCURAR QUALQUER AGÊNCIA DO BANCO DO BRASIL OU CAIXA ECONÔMICA FEDERAL E PROVIDENCIAR A ABERTURA DA CONTA CORRENTE OU SALÁRIO (EXIGIDO NA LISTA DE DOCUMENTOS);**
- **APÓS TUDO PRONTO (DOCUMENTOS E EXAMES) LIGAR NOS TELEFONES INFORMADOS PARA AGENDAR O ATENDIMENTO NA JUNTA MÉDICA;**
- **APÓS PASSAREM NA JUNTA MÉDICA COMPARECER JUNTO A SMARH COM ATESTADO DE APTIDÃO E XEROX DE TODA A DOCUMENTAÇÃO PARA TOMAR POSSE;**
- **APÓS A POSSE SERÃO ENCAMINHADOS PARA A REFERIDA SECRETARIA PARA A LOTAÇÃO JUNTO AO LOCAL DE TRABALHO;**