

SECRETARIA MUNICIPAL DE ADMINISTRAÇÃO E RECURSOS HUMANOS

JUNTA MÉDICA

ANEXO I – AUXILIAR DE SAÚDE I

AUXILIAR DE CONSULTÓRIO DENTÁRIO/ AUXILIAR DE ENFERMAGEM

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

- 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

I – EXAMES GERAIS PARA TODOS OS CARGOS/FUNÇÕES:

- RADIOGRAFIA DO TORAX EM PA e PERFIL (Laudo e Assinatura do Profissional Responsável)
" Nas radiografias deverá constar data do exame e todas iniciais do nome do paciente"
- ELETROCARDIOGRAMA (Laudo, 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.
- URANÁLISE "Não vale só a assinatura eletrônica"
- GLICEMIA : Jejun Pós-Prandial (após o almoço)
- URÉIA
- CREATININA
- VDRL
- TESTE DE ESFORÇO (ESTEIRA OU BICICLETA) PARA CANDIDATOS ACIMA DE 40 ANOS
- COLPOCITOLOGIA ONCÓTICA PARASITÁRIA (Prevenção Ginecológica)
- PSA (PARA HOMENS ACIMA DE 40 ANOS)

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

- PARECER DERMATOLÓGICO *OBS: É obrigatorio constar no carimbo do médico
a especialidade do Profissional.
- PARECER PSIQUIÁTRICO
- PARECER OFTALMOLÓGICO

III – EXAMES ESPECÍFICOS POR CARGO/FUNÇÃO:

- RADIOGRAFIA DE COLUNA P.A e PERFIL (Cervical, Dorsal e Lombar) com laudo e assinatura
" 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)

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

ENDEREÇO DA JUNTA MÉDICA: Rua R-8, nº 38, Setor Oeste (Atrás do Hospital Urológico)

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

AVISOS IMPORTANTES:

- 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 ECODOPLER CARDIOGRAMA.

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 DESTE CAMPO, 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 Médica Municipal,
devidamente preenchida junto com exames complementares.

RELAÇÃO DOS DOCUMENTOS EXIGIDOS PARA TOMAR POSSE

Auxiliar de Saúde I – Auxiliar de Consultorio Dentário XEROX



- **Carteira de Identidade** – 03 cópias mais original;
- **C.P.F.** – 03 cópias mais original;
- **PIS/PASEP** – 03 cópias mais original;
- **Título de Eleitor, com quitação eleitoral do 1º e 2º turno** (última votação) – 03 cópias mais 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 – Ensino Fundamental Completo e Registro Profissional** - 03 cópias mais original;
- **Caso já exerce função Pública** – trazer Comprovante de compatibilidade de cargos (Declaração informando admissão, cargo, lotação, turno e carga horária).
- **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 n° **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;**