

**SECRETARIA MUNICIPAL DE ADMINISTRAÇÃO E RECURSOS HUMANOS  
JUNTA MÉDICA**

**ANEXO I – AUXILIAR DE SERVIÇOS DE HIGIENE E ALIMENTAÇÃO I**

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)  
**"Nas radiografias deverão constar data do exame e todas as iniciais do nome do candidato"**
- ELETROCARDIOGRAMA (com laudo, carimbo e assinatura do médico Cardiologista)
- IMUNOFLUORESCÊNCIA PARA T.A (DOENÇA DE CHAGAS)
- HEMOGRAMA COMPLETO
- TIPAGEM SANGUÍNEA
- URANÁLISE
- 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 FORMULARIO 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: AUXILIAR DE SERVIÇOS DE HIGIENE E ALIMENTAÇÃO I**

- RADIOGRAFIA DE COLUNA (Cervical, Dorsal e Lombar) PA e PERFIL (Laudo e assinatura do médico Radiologista)  
**"Nas radiografias deverão constar data do exame e as iniciais do nome do candidato"**
- TESTE DE ESFORÇO - INDEPENDENTE DA IDADE (Com laudo do médico cardiologista)
- TESTES ALÉRGICOS DE CONTATO (Teste com 30 elementos)  
**(Com assinatura e parecer do médico alergista sobre o resultado)**
- MARCADORES VIRAIS PARA HEPATITE "B" (HBS-Ag) e "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 NA JUNTA MÉDICA:**

- 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 ACARRETARÁ 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 ECODOPPLERCARDIOGRAMA;
- 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 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 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 Médica Municipal, devidamente preenchida junto com exames complementares.

# **RELAÇÃO DOS DOCUMENTOS EXIGIDOS PARA TOMAR POSSE**

## **Auxiliar de Serviços de Higiene e Alimentação I**



**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 4ª Série primária** – 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 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 **3524 – 1432/1417**