

# SECRETARIA MUNICIPAL DE ADMINISTRAÇÃO E RECURSOS HUMANOS

JUNTA MÉDICA

## ANEXO I – PROFISSIONAL EM SAÚDE I FISIOTERAPEUTA

RELAÇÃO DE EXAMES COMPLEMENTARES OBRIGATÓRIOS A SEREM APRESENTADOS NA JUNTA MÉDICA 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 ( Com laudo e assinatura do Profissional )

"Nas radiografias deverão constar a data do exame e todas as iniciais do nome do paciente"

- RADIOGRAFIA DO TORAX EM PA E PERFIL
- ELETROCARDIOGRAMA ( Laudo com carimbo e assinatura do Médico Cardiologista)
- IMUNOFLUORESCÊNCIA PARA T.A (DOENÇA DE CHAGAS)
- HEMOGRAMA COMPLETO
- TIPAGEM SANGUÍNEA
- URANÁLISE
- GLICEMIA: Jejum  
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)

\*OBS: Todos os exames de laboratório em que ter

visto do responsável técnico.

"Não vale só o 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:

CARGO/FUNÇÃO: PROFISSIONAL EM SAÚDE I – FISIOTERAPEUTA/FÍSIOTERAPIA OCUPACIONAL

- Marcadores Virais para Hepatite "B" "(HBS – Ag ) e Hepatite "C" (ANTI - HCV)
- RADIOGRAFIA DE COLUNA P.A E PERFIL (Cervical, Dorsal e Lombar )  
"Nas radiografias deverão constar a data do exame e as iniciais do nome do paciente"
- TESTE DE ESFORÇOS (ESTEIRA E/OU BICICLETA)

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

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 ECODOPPLERCARDIOGRAMA.

**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 Psiquico: \_\_\_\_\_

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

## Profissional em Saúde I – Fisioterapeuta

### 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 – Diploma do 3º grau completo em Fisioterapia 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).
- **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 COMPARÉCER 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;**