

## **ANEXO – AGENTE DE SERVIÇOS OPERACIONAIS 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)  
**"Radiografias deverão constar data do exame e 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 PARA O CARGO:**

- RADIOGRAFIA DE COLUNA (Cervical, Dorsal e Lombar) PA e PERFIL (Laudo e assinatura do médico Radiologista)  
**"Radiografias deverão constar data do exame e todas as iniciais do nome do candidato"**
- TESTE DE ESFORÇO (ESTEIRA OU BICICLETA) (com laudo do médico cardiologista)
- ELETROENCEFALOGRAMA (com laudo do médico neurologista)
- TESTES ALÉRGICOS DE CONTATO (Teste com 30 elementos)  
**(Com assinatura e parecer do médico alergista sobre o resultado)**

**TELEFONES DA JUNTA MÉDICA PARA DUVIDAS 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 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 nos carimbos dos médicos a especialidade dos profissionais – não será aceito sem a especialidade**

**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 Agente de Serviços Operacionais 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;
- **Foto 3 / 4 recente** - 02 fotos
- **Cartão de vacina constando: anti-tetânica, febre amarela e hepatite “B”**- 02 cópias mais original;
- **Atestado de aptidão expedida pela Junta Médica Municipal**;- 02 copias mais original
- **NÃO RECORTAR OS DOCUMENTOS.**
- **COMPROVANTE DO EXTRATO DA CONTA ( CORRENTE OU SALÁRIO) DE QUALQUER AGÊNCIA DO BANCO DO BRASIL**; - 02 copias mais original
- **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 – 8604/8605**

# RELAÇÃO DOS DOCUMENTOS EXIGIDOS PARA TOMAR POSSE Agente de Serviços Operacionais 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;
- **Foto 3 / 4 recente** - 01 fotos
- **Cartão de vacina constando: anti-tetânica, febre amarela e hepatite “B”**- 02 cópias mais original;
- **Atestado de aptidão expedida pela Junta Médica Municipal**;- 02 copias mais original
- **NÃO RECORTAR OS DOCUMENTOS.**
- **COMPROVANTE DO EXTRATO DA CONTA ( CORRENTE OU SALÁRIO) DE QUALQUER AGÊNCIA DO BANCO DO BRASIL**; - 02 copias mais original
- **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 – 8604/8605**