

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

**ANALISTA EM SAÚDE I**

**MÉDICO/ VETERINÁRIO / CIRURGIÃO DENTISTA / BIOMÉDICO /  
ENFERMEIRO / FARMACÊUTICO / FARMACÊUTICO-BIOQUÍMICO/  
FONOAUDIÓLOGO / NUTRICIONISTA / PSICÓLOGO / QUÍMICO**

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

**ATENÇÃO: TODOS OS EXAMES DEVERÃO SER CONFERIDOS PELO CANDIDATO DE ACORDO COM A LISTA APRESENTADA, ANTES DE PASSAR PELA AVALIAÇÃO DA JUNTA MÉDICA. CASO FALTE ALGUM ÍTEM SOLICITADO (EXAME, ASSINATURA OU OUTRA SOLICITAÇÃO ABAIXO) O CANDIDATO DEVERÁ RETORNAR E ADEQUAR-SE À LISTA DE EXAME E ANEXOS I E II.**

**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 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
- UREIA
- GLICEMIA: Jejum
- GLICEMIA: Pós-Prandial (após o almoço)
- CREATININA
- VDRL
- COLPOCITOLOGIA ONCÓTICA PARASITÁRIA (PARA MULHERES)
- PSA (PARA HOMENS ACIMA DE 40 ANOS)
- TESTE DE ESFORÇO (Esteira ou Bicicleta) - Com laudo do médico cardiologista (PARA CANDIDATOS ACIMA DE 40 ANOS)

**OBS: Todos os exames devem conter  
assinatura do responsável técnico**

**"NÃO VALE SÓ VISTO ELETRÔNICO"**

**II – PARECERES ESPECIALIZADOS PARA TODOS OS CARGOS/FUNÇÕES**

EM FORMULARIO PRÓPRIO DA JUNTA MÉDICA - GUIA EXAME MÉDICO ADMISSONAL (ANEXO I)

- PARECER DERMATOLÓGICO
- PARECER PSIQUIÁTRICO
- PARECER OFTALMOLÓGICO

**OBS: É OBRIGATÓRIO constar no  
carimbo do médico a especialidade profissional**

**III – EXAMES ESPECÍFICOS POR CARGO/FUNÇÃO: ANALISTA EM SAÚDE I**

- Marcadores Virais para Hepatite “B” (HBS – Ag) e Hepatite “C” (ANTI - HCV)

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

ENDEREÇO: RUA R-8 N°38, 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**

- **TODOS OS CANDIDATOS DEVERÃO IR A QUALQUER 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 OU 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 apresentar os exames na Junta Médica, somente através de agendamento.**

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

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**  
**Analista em Saúde I - QUÍMICO**  
**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 3º Grau completo – 02 cópias mais original;
- **Foto 3 / 4 recente** - 02 foto
- **Atestado de aptidão expedida pela Junta Médica Municipal;** (copia mais original)
- NÃO RECORTAR OS DOCUMENTOS.
- COMPROVANTE DO EXTRATO DA CONTA ( CORRENTE OU SALÁRIO) DE QUALQUER AGÊNCIA DO BANCO DO BRASIL ; (duas 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**