

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

**ASSISTENTE DE ATIVIDADES ADMINISTRATIVAS I  
ADMINISTRATIVA / SEGURANÇA DO TRABALHO**

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

**LER ATENTAMENTE E CUMPRIR TODAS AS ORIENTAÇÕES ABAIXO:**

**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 ANEXO I (G.E.M.A.) E ANEXO II (PÁGINA 2).**

**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 PROPRIO 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: ASSISTENTE DE ATIVIDADES ADMINISTRATIVAS**

- **NÃO TEM**

TELEFONES DA JUNTA MÉDICA MUNICIPAL SOMENTE PARA TIRAR DÚVIDAS SOBRE EXAMES  
**(NÃO AGENDAMOS): 3524-8604/ 8605**

ENDEREÇO: RUA R-8 N°38, ST. OESTE (ATRÁS DO HOSPITAL UROLÓGICO)

**OBS: OBSERVAR INFORMAÇÕES OBRIGATÓRIAS NO ANEXO II (PÁGINA II) - IMPRIMIR**

## ANEXO II

### AVISOS IMPORTANTES E OBRIGATÓRIOS PARA APRESENTAÇÃO DO CANDIDATO NA JUNTA MÉDICA:

- 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;
- TRAZER LISTA DE EXAMES PARA CONFERÊNCIA NO ATO DA PERÍCIA MÉDICA;
- 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 ECODOPPLER CARDIACO;

Para apresentar os exames na Junta Médica, somente através de agendamento.

# RELAÇÃO DOS DOCUMENTOS EXIGIDOS PARA TOMAR POSSE

## Assistente de Atividades Administrativas I –

### Administrativo

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 – Diploma 2º Grau completo** - 03 cópias mais original;
- **Foto 3 / 4 recente** - 01 foto
- **Atestado de aptidão expedida pela Junta Médica Municipal;**
- **NÃO RECORTAR OS DOCUMENTOS.**
- **É OBRIGATÓRIO O COMPROVANTE DO EXTRATO DA CONTA ( CORRENTE ) DO BANCO DO BRASIL;**
- **OBS.:** Após a realização dos exames médicos e providenciado a xerox de todos os documentos, **AGENDAR** o atendimento na **JUNTA MÉDICA**, pelo telefone n° **3524-4026 ou 3524-4047.**

#### 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, PROVIDENCIAR A ABERTURA DA CONTA CORRENTE JUNTO AO BANCO DO BRASIL PODENDO SER ABERTA JUNTO A AGENCIA DO PAÇO MUNICIPAL (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 COMPARCER JUNTO A SMARH / DIVISÃO DE CADASTRO FUNCIONAL 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.**

## ANEXO I

# **GUIA EXAME MÉDICO ADMISSIONAL (G.E.M.A.)**

**QUESTIONÁRIO PARA RESPONDER  
(NENHUM DOS ITENS ABAIXO DEVERÁ FICAR SEM RESPOSTA)**

## 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 PSIOQUIÁTRICO: (A CARGO DO MÉDICO PSIOQUIATRA)

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:

## 2.5 - 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.