



## **ASSISTENTE ADMINISTRATIVO – Todas as Funções**

RELAÇÃO DE EXAMES COMPLEMENTARES E 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 ITEM SOLICITADO (EXAME, ASSINATURA OU OUTRA SOLICITAÇÃO ABAIXO) O CANDIDATO DEVERÁ RETORNAR E ADEQUAR-SE À LISTA DE EXAME, ANEXO I (G.E.M.A.) E ANEXO 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 A PARTIR DE 40 ANOS)
- TESTE DE ESFORÇO (Esteira ou Bicicleta) - Com laudo do médico cardiologista (PARA CANDIDATOS A PARTIR 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 FORMULÁRIO 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: Assistente Administrativo**

- NÃO TEM

AGENDAMENTO DE PERÍCIAS NA JUNTA MÉDICA: ATRAVÉS DO SITE [www.goiania.go.gov.br](http://www.goiania.go.gov.br)

TELEFONES DA JUNTA MÉDICA MUNICIPAL SOMENTE PARA TIRAR DÚVIDAS SOBRE EXAMES

(NÃO AGENDAMOS): 3524-8604

ENDEREÇO: RUA R-8 Nº38, ST. OESTE (ATRÁS DO HOSPITAL UROLÓGICO)

**OBSERVAR INFORMAÇÕES OBRIGATÓRIAS NO ANEXO II - IMPRIMIR**



## 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 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)

2.1 – Você tem ou teve algum tipo de doença mentais ou nervosas? ( ) Sim ( ) Não

2.2 – Em caso afirmativo, quando isso ocorreu e durante quanto tempo?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

2.3 - Necessitou de tratamento? Medicamentoso? Internação? Psicoterapia?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



2.4 – Condições de nascimento e desenvolvimento psicomotor na primeira infância?

---

---

---

---

2.5 – Exame Psíquico detalhado:

---

---

---

---

---

2.6 - PARECER MÉDICO FINAL:

NOME DO PACIENTE (A CARGO DO MÉDICO): \_\_\_\_\_

RG DO PACIENTE (A CARGO DO MÉDICO): \_\_\_\_\_

CARGO/FUNÇÃO (A CARGO DO MÉDICO): \_\_\_\_\_

☐ APTO DATA \_\_\_\_\_ ASS. E CARIMBO C/ ESPECIALIDADE: \_\_\_\_\_

☐ RETIDO DATA \_\_\_\_\_ ASS. E CARIMBO C/ ESPECIALIDADE: \_\_\_\_\_

SOLICITADO: \_\_\_\_\_

☐ INAPTO DATA \_\_\_\_\_ ASS. E CARIMBO C/ ESPECIALIDADE: \_\_\_\_\_

2.7 - OBS: \_\_\_\_\_

---

---



**III – EXAME DERMATOLÓGICO: (A CARGO DO MÉDICO DERMATOLOGISTA)**

3.1 – Já teve algum caso de hanseníase na família?

☐ sim ☐ não

3.2 – Tem ou já teve manchas na pele com alteração da sensibilidade? Em caso afirmativo especificar região, quando isso ocorreu e se foi submetida a algum tratamento.

---

---

---

---

3.3 – Tem ou já teve algum tipo de alergia? Em caso afirmativo especificar região, quando isso ocorreu, o agente causador, e se foi submetida a algum tipo de tratamento.

---

---

---

---

3.4 - Exame de pele:

---

---

---

---

3.5 - PARECER MÉDICO FINAL:

NOME DO PACIENTE (A CARGO DO MÉDICO): \_\_\_\_\_

RG DO PACIENTE (A CARGO DO MÉDICO): \_\_\_\_\_

CARGO/FUNÇÃO (A CARGO DO MÉDICO): \_\_\_\_\_

☐ APTO DATA \_\_\_\_\_ ASS. E CARIMBO C/ ESPECIALIDADE: \_\_\_\_\_

☐ RETIDO DATA \_\_\_\_\_ ASS. E CARIMBO C/ ESPECIALIDADE: \_\_\_\_\_

SOLICITADO: \_\_\_\_\_

☐ INAPTO DATA \_\_\_\_\_ ASS. E CARIMBO C/ ESPECIALIDADE: \_\_\_\_\_

3.6 - OBS: \_\_\_\_\_



**IV – EXAME OFTALMOLÓGICO: (A CARGO DO MÉDICO OFTALMOLOGISTA)**

4.1 – Ectoscopia (reflexos pupilares/ avaliação neuroftalmológica):

---

---

---

4.2- Acuidade visual com e sem correção :

OD:\_\_\_\_\_ OE:\_\_\_\_\_

4.3- Refração estática:

OD:\_\_\_\_\_ OE:\_\_\_\_\_

4.4- Biomicroscopia:

OD:\_\_\_\_\_

---

OE:\_\_\_\_\_

---

4.5- Fundoscopia:

OD:\_\_\_\_\_

---

OE:\_\_\_\_\_

---

4.6 - PARECER MÉDICO FINAL:

NOME DO PACIENTE (A CARGO DO MÉDICO): \_\_\_\_\_

RG DO PACIENTE (A CARGO DO MÉDICO): \_\_\_\_\_

CARGO/FUNÇÃO (A CARGO DO MÉDICO): \_\_\_\_\_





**PREFEITURA  
DE GOIÂNIA**

**Secretaria Municipal de Administração**  
Superintendência de Gestão de Pessoas e Folha de Pagamento  
Diretoria de Saúde e Segurança do Servidor  
Gerência da Junta Médica

☐ APTO DATA \_\_\_\_\_ ASS. E CARIMBO C/ ESPECIALIDADE: \_\_\_\_\_

☐ RETIDO DATA \_\_\_\_\_ ASS. E CARIMBO C/ ESPECIALIDADE: \_\_\_\_\_

SOLICITADO: \_\_\_\_\_

☐ INAPTO DATA \_\_\_\_\_ ASS. E CARIMBO C/ ESPECIALIDADE: \_\_\_\_\_

4.7 - OBS: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



## **ANEXO II**

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

- A VALIDADE DOS EXAMES MÉDICOS ADMISSIONAIS PARA ESSE EDITAL SERÁ DE 3 (TRÊS) MESES A PARTIR DA DATA DA REALIZAÇÃO DOS EXAMES;
- VALIDADE DE DOCUMENTOS DO INSS: 30 DIAS ATÉ A DATA DA PERÍCIA MÉDICA
- TODOS OS CANDIDATOS DEVERÃO IR A QUALQUER POSTO DO INSS SOLICITAR **HISTÓRICO DE PERÍCIA MÉDICA (HISMED) E INFORMAÇÕES DO BENEFÍCIO (INFBEN)** CASO O CANDIDATO TENHA ALGUM BENEFÍCIO PELO INSS, O HISMED DEVERÁ VIR **OBRIGATORIAMENTE CONSTANDO O CID (DIAGNÓSTICO DA DOENÇA).** ALÉM DO CID, DEVERÁ CONSTAR 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;
- TRAZER LISTA DE EXAMES PARA CONFERÊNCIA NO ATO DA PERÍCIA MÉDICA;
- A JUNTA MÉDICA MUNICIPAL NÃO FORNECERÁ NENHUM DOS EXAMES OU PARECERES ESPECIALIZADOS;
- 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;
- **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 ECODOPLER CARDIACO;
- Para apresentar os exames na Junta Médica, somente através de agendamento.
- O NÃO CUMPRIMENTO DAS EXIGÊNCIAS DA LISTA ACARRETERÁ RETORNO DO CANDIDATO;