

SECRETARIA MUNICIPAL DE ADMINISTRAÇÃO E RECURSOS HUMANOS  
JUNTA MÉDICA

**PROFISSIONAL DE EDUCAÇÃO II – PROFESSOR**  
**PORTUGUÊS / HISTÓRIA / MATEMÁTICA / CIÊNCIAS / GEOGRAFIA /**  
**PEDAGOGIA / INGLÊS/ARTE**

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 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: PROFISSIONAL DE EDUCAÇÃO II – PROFESSOR**

- AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA - Realizar psicodiagnóstico ou preferencialmente o teste neuropsicológico. (É obrigatório apresentar laudo do psicólogo e o detalhamento dos exames realizados para fins admissionais)
- AUDIOMETRIA (TONAL E VOCAL) - Com laudo do Fonoaudiólogo ou Otorrinolaringologista
- EXAME FONAUDIOLÓGICO - Parecer do fonoaudiólogo sobre a capacidade vocal do(a) candidato(a) com detalhamento de suas condições para fins admissionais (Intensidade da voz, sonoridade, capacidade vocal)
- LARINGOSCOPIA (com laudo do médico Otorrinolaringologista)

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

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

TELEFONES EXCLUSIVOS PARA AGENDAMENTO DE POSSE : 3524-4026 e 3524-4047

**OBS: OBSERVAR INFORMAÇÕES OBRIGATÓRIAS NO ANEXO II (PÁGINA 2) - 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 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 ECODOPLER CARDIACO;**

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

**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 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**

## **Profissional de Educação II**

### **Pedagogia**

#### **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** ( da 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 do 3º grau completo na área específica** ( Licenciatura Plena) - 03 cópias mais original;
- **Caso já exerça 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;**
- **N Ã O R E C O R T A R   O S   D O C U M E N T O S .**
- **É OBRIGATÓRIO O COMPROVANTE DO EXTRATO DA CONTA (CORRENTE) DE QUALQUER AGÊNCIA DO BANCO DO BRASIL;**
- **OBS.:** Após a realização dos exames médicos e providenciada a Xerox de todos os documentos, passar pela **JUNTA MÉDICA MUNICIPAL** (telefone nº **3524-8604 ou 3524-8605**).

#### **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 (EXIGIDO NA LISTA DE DOCUMENTOS);**
- **APÓS, PASSAR PELA NA JUNTA MÉDICA MUNICIPAL;**
- **COMPARECER NA SMARH COM ATESTADO DE APTIDÃO EXPEDIDO PELA JUNTA MÉDICA MUNICIPAL E XEROX DE TODA A DOCUMENTAÇÃO PARA TOMAR POSSE;**
- **APÓS A POSSE SERÃO ENCAMINHADOS PARA A REFERIDA SECRETARIA PARA A LOTAÇÃO.**

# **RELAÇÃO DOS DOCUMENTOS EXIGIDOS PARA TOMAR POSSE**

## **Profissional de Educação II**

### **Arte – Artes Visuais**

#### **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** ( da 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 do 3º grau completo na área específica** ( Licenciatura Plena) - 03 cópias mais original;
- **Caso já exerça 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;**
- **N Ã O R E C O R T A R   O S   D O C U M E N T O S .**
- **É OBRIGATÓRIO O COMPROVANTE DO EXTRATO DA CONTA (CORRENTE) DE QUALQUER AGÊNCIA DO BANCO DO BRASIL;**
- **OBS.:** Após a realização dos exames médicos e providenciada a Xerox de todos os documentos, passar pela **JUNTA MÉDICA MUNICIPAL** (telefone nº **3524-8604 ou 3524-8605**).

#### **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 (EXIGIDO NA LISTA DE DOCUMENTOS);**
- **APÓS, PASSAR PELA NA JUNTA MÉDICA MUNICIPAL;**
- **COMPARECER NA SMARH COM ATESTADO DE APTIDÃO EXPEDIDO PELA JUNTA MÉDICA MUNICIPAL E XEROX DE TODA A DOCUMENTAÇÃO PARA TOMAR POSSE;**
- **APÓS A POSSE SERÃO ENCAMINHADOS PARA A REFERIDA SECRETARIA PARA A LOTAÇÃO.**