

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 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: OS EXAMES DEVERÃO SER CONFERIDOS PELO CANDIDATO DE ACORDO COM A LISTA ABAIXO, ANTES DE PASSAR PELA JUNTA MÉDICA. CASO FALTE ALGUM ÍTEM SOLICITADO PARA A PERÍCIA (EXAME, ASSINATURA OU OUTRA SOLICITAÇÃO) O CANDIDATO RETORNARÁ PARA COMPLETAR ESTAS INFORMAÇÕES, O ANEXO I (G.E.M.A.) E O 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
- AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA

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

III – EXAMES ESPECÍFICOS POR CARGO/FUNÇÃO: PROFISSIONAL DE EDUCAÇÃO II – PROFESSOR

- 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 PARA AGENDAR O EXAME NA JUNTA MÉDICA E POSSE : 3524-4028 (das 8h às 17h).

JUNTA MÉDICA: RUA R-8 Nº38, ST. OESTE (ATRÁS DO HOSPITAL UROLÓGICO, AO LADO DO ZOOLÓGICO).

DÚVIDAS SOBRE EXAMES: 3524-8604/ 8605.

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) 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;**
- **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 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 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:

☐ 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)

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 – 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:

☐ 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)

NOME DO PACIENTE (A CARGO DO MÉDICO): _____

RG DO PACIENTE (A CARGO DO MÉDICO): _____

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:

☐ 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: _____

V – EXAME PSICOLÓGICO (TODOS OS CAMPOS ABAIXO SÃO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO)

NOME DO PACIENTE (A CARGO DO PSICÓLOGO): _____

RG DO PACIENTE (A CARGO DO PSICÓLOGO): _____

5.1 – INFORMAR OS TESTES UTILIZADOS NA AVALIAÇÃO:

5.2 - AVALIAÇÃO DAS FUNÇÕES COGNITIVAS:

Orientação Temporal:

Orientação Espacial:

Orientação Viso-espacial:

Atenção:

Cálculo:

Memória imediata:

Memória Recente (anterógrada):

Memória Remota (retrógrada):

Linguagem:

Funções Executivas:

Humor:

5.3 - AVALIAÇÃO QUANTITATIVA E QUALITATIVA DO PERFIL DE PERSONALIDADE:

5.13 - PARECER FINAL DO PSICÓLOGO:

☐ APTO DATA _____ ASS. E CARIMBO C/ ESPECIALIDADE: _____

☐ RETIDO DATA _____ ASS. E CARIMBO C/ ESPECIALIDADE: _____

SOLICITADO: _____

☐ INAPTO DATA _____ ASS. E CARIMBO C/ ESPECIALIDADE: _____

5.14 - 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
Inglês e 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;
- **Certidão Negativa de Contas do Tribunal de Contas do Estado e Município do Estado de Goiás, ou de outro ente federativo em que tenha exercido cargo ou função publica.**
- **Certidão Negativa do Cartório Distribuidor Cível e Criminal, Justiça Federal, Eleitoral da Comarca do domicílio do concursado, Certidão negativa de Contas do Tribunal de Contas da União, Certidão negativa da justiça a serem obtidos respectivamente nas Secretarias de Segurança Pública, e Justiça Federal do Estado Municipal;**
 - **NÃO RECORTAR OS DOCUMENTOS.**

➤ **É OBRIGATÓRIO O COMPROVANTE DA CONTA (CORRENTE) DO BANCO DO BRASIL;**

(copia do cartão ou extrato somente o cabeçalho).

➤ **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** 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 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 COMPARECER JUNTO A SMARH / DIVISÃO DE CADASTRO FUNCIONAL COM ATESTADO DE APTIDÃO E XEROX DE TODA A DOCUMENTAÇÃO PARA ENTREGA DE DOCUMENTAÇÃO PARA AVALIAÇÃO;**
- **APÓS A ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO SERÃO ENCAMINHADOS PARA CONTROLADORIA GERAL DO MUNICÍPIO PARA PROVIDENCIAS EM APURAÇÃO DOS DOCUMENTOS ENTREGUE.**
- **ULTIMO PASSO, AGUARDAR CONTATO DA SECRETARIA MUNICIPAL DE RECURSOS HUMANOS PARA EFETIVAÇÃO DA POSSE.**