

**SECRETARIA MUNICIPAL DE GESTÃO DE PESSOAS
JUNTA MÉDICA**

PROFISSIONAL DE EDUCAÇÃO II – PEDAGOGIA

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).

RELAÇÃO DE EXAMES VALIDA SOMENTE PARA O EDITAL DE CONVOCAÇÃO Nº 0012/2014

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 CANDIDATAS 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
- 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 FONOAUDIOLÓGICO - 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)

AGENDAMENTOS DE PERÍCIA NA JUNTA MÉDICA: ATRAVÉS DO SITE www.goiania.go.gov.br

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

DÚVIDAS SOBRE EXAMES: 3524-8604/ 8605 (AGENDAMENTO DE POSSE SOMENTE PELA INTERNET)

OBS: OBSERVAR INFORMAÇÕES OBRIGATÓRIAS NO ANEXO II (PÁGINA 2) - IMPRIMIR

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;

* * *

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): _____

☐ 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)

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:

NOME DO PACIENTE (A CARGO DO PSICÓLOGO): _____

RG DO PACIENTE (A CARGO DO PSICÓLOGO): _____

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: _____

5.14 - OBS: _____

OBS: Esta guia deverá ser apresentada após resultado do concurso na Junta Medica Municipal, devidamente preenchida junto com exames complementares.