

**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 N° 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 FORMULARIO 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](http://www.goiania.go.gov.br)

JUNTA MÉDICA: RUA R-8 N°38, 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**

# **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 OBRIGATÓRIAMENTE 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 ECODOPPLER CARDIACO;

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

- O NÃO CUMPRIMENTO DAS EXIGÊNCIAS DA LISTA ACARRETARÁ 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 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)**

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 neurooftalmológica):**

---

---

---

**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.**