

**SECRETARIA MUNICIPAL DE ADMINISTRAÇÃO
JUNTA MÉDICA**

AGENTE DE APOIO EDUCACIONAL

RELAÇÃO DE EXAMES COMPLEMENTARES OBRIGATÓRIOS A SEREM APRESENTADOS NA JUNTA MÉDICA MUNICIPAL, NO ATO DA PERÍCIA MÉDICA, PARA ADMISSÃO NO SERVIÇO PÚBLICO MUNICIPAL.

AS LISTAS DE EXAMES PODERÃO SER ATUALIZADAS A CADA CONVOCAÇÃO

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 EXAMES E AOS ANEXOS I E II (G.E.M.A.). PREENCHER O LAUDO MÉDICO PERICIAL ADMISSIONAL (ANEXO III) E LEVAR NO DIA DA PERÍCIA.

I – EXAMES GERAIS PARA TODOS OS CARGOS/FUNÇÕES

- RADIOGRAFIA DO TÓRAX 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"
- IMUNOFLUORESCÊNCIA PARA T. A. (DOENÇA DE CHAGAS)
- HEMOGRAMA COMPLETO
- 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)

OBS: Todos os exames devem conter
assinatura do responsável técnico

**II – PARECERES ESPECIALIZADOS PARA TODOS OS CARGOS/FUNÇÕES
EM FORMULÁRIO PRÓPRIO DA JUNTA MÉDICA - GUIA EXAME MÉDICO ADMISSIONAL (ANEXO II)**

- PARECER DERMATOLÓGICO
- PARECER PSIQUIÁTRICO
- PARECER OFTALMOLOGICO

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

III – EXAMES ESPECÍFICOS POR CARGO/FUNÇÃO:

- RADIOGRAFIA DE COLUNA (Cervical, Dorsal e Lombar) PA e PERFIL (Laudo e assinatura do médico Radiologista)
"Nas radiografias deverão constar data do exame e as iniciais do nome do candidato"
- TESTE DE ESFORÇO (Esteira ou Bicicleta) - Com laudo do médico cardiologista
- TESTES ALÉRGICOS DE CONTATO (Teste com 30 elementos)
(Com assinatura e parecer do médico alergista sobre o resultado)
- MARCADORES VIRAIS PARA HEPATITE "B" (HBS-Ag) e "C" (ANTI-HCV)

AGENDAMENTO DE PERÍCIAS NA JUNTA MÉDICA: ATRAVÉS DO SITE **www.goiania.go.gov.br**
TELEFONES DA JUNTA MÉDICA MUNICIPAL SOMENTE PARA TIRAR DÚVIDAS SOBRE EXAMES
(NÃO AGENDAMOS): 3524-8604/ 8606
ENDEREÇO: RUA R-8 Nº38, ST. OESTE (ATRÁS DO HOSPITAL UROLÓGICO)

**É OBRIGATÓRIO TRAZER O DOCUMENTO DO INSS NO ATO DA PERÍCIA MÉDICA
OBSERVAR INFORMAÇÕES NO ANEXO I**

ANEXO I

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

PARA APRESENTAR OS EXAMES NA JUNTA MÉDICA, SOMENTE ATRAVÉS DE AGENDAMENTO PELO SITE DA PREFEITURA

• TODOS OS CANDIDATOS DEVERÃO AGENDAR UM ATENDIMENTO NO INSS PELO FONE 135 E SOLICITAR:

1º) O CNIS (CADASTRO NACIONAL DE INFORMAÇÕES SOCIAIS - RELAÇÕES PREVIDENCIÁRIAS - TELA DE VÍNCULOS);

2º) CASO TENHA ALGUM AUXÍLIO DOENÇA OU ACIDENTE DE TRABALHO O CANDIDATO DEVERÁ SOLICITAR TAMBÉM PARA CADA BENEFÍCIO O HISTÓRICO DE PERÍCIA MÉDICA (HISMED) E INFORMAÇÕES DO BENEFÍCIO (INFBEN);

OBS: DOCUMENTOS COM VALIDADE DE 45 DIAS.

CANDIDATOS SÓ PODERÃO AGENDAR APÓS A DATA DA CONVOCAÇÃO.

• A JUNTA MÉDICA MUNICIPAL NÃO FORNECERÁ NENHUM DOS EXAMES OU PARECERES ESPECIALIZADOS, SENDO ESTES DE TOTAL RESPONSABILIDADE DOS CANDIDATOS, QUE DEVERÃO PROVIDENCIÁ-LOS POR CONTA PRÓPRIA;

• 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 SERÁ DE 3 (TRÊS) MESES, ISSO ATÉ A DATA DA PERÍCIA MÉDICA.

• **GESTANTES:** RAIOS 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 (GESTANTES E PESSOAS COM DEFICIÊNCIA), APRESENTAR ECODOPPLER CARDÍACO;

• PREENCHER O LMPA (LAUDO MÉDICO PERICIAL ADMISSIONAL), DISPONÍVEL NO ANEXO III E LEVAR NO DIA DA PERÍCIA MÉDICA JUNTAMENTE COM OS EXAMES SOLICITADOS.

• É OBRIGATÓRIO TRAZER CANETA PRETA OU AZUL NO ATO DA PERÍCIA MÉDICA E A LISTA DE EXAMES PARA CONFERÊNCIA NO ATO DA PERÍCIA MÉDICA;

• O CANDIDATO DEVERÁ VIR COM DISPONIBILIDADE DE TEMPO, AGUARDANDO OS ATENDIMENTOS DE ROTINA DA JUNTA MÉDICA MUNICIPAL.

O NÃO CUMPRIMENTO DAS EXIGÊNCIAS DA LISTA ACARRETERÁ RETORNO DOS CANDIDATOS.

ANEXO II
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 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: _____

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



PREFEITURA
DE GOIÂNIA

ANEXO III JUNTA MÉDICA MUNICIPAL LAUDO MÉDICO PERICIAL ADMISSIONAL

(Obrigatório preencher todos os campos, sem rasuras e entregar no ato da perícia médica)

I – IDENTIFICAÇÃO:

NOME: _____

DATA DE NASCIMENTO: ____ / ____ / ____ SEXO: _____ ESTADO CIVIL: _____

FILIAÇÃO: _____

NATURALIDADE: _____ NACIONALIDADE: _____

IDENTIDADE Nº _____ DATA DE EXPEDIÇÃO ____ / ____ / ____ ORGÃO EXPEDIDOR: _____

CPF Nº _____

ENDEREÇO: _____

FONES: _____ CIDADE: _____ ESTADO: _____

ESCOLARIDADE: _____ CARGO/FUNÇÃO: _____

(ABAIXO, NENHUMA RESPOSTA PODERÁ FICAR EM BRANCO. ESPECIFICAR AS RESPOSTAS, OU CITAR : SIM, NÃO, NÃO SEI, NÃO LEMBRO, X OU TRAÇO, ETC)

II – ANTECEDENTES PESSOAIS:

- 2.1 – Já teve alguma doença. Se sim, quais? _____
- 2.2 – Fez/Faz uso de bebidas alcoólicas? () SIM () NÃO
- 2.3 – Você Fuma/Fumou? () SIM () NÃO
- 2.4 – Esteve internado para tratamento () SIM () NÃO
- 2.5 – Foi operado? () SIM () NÃO
- 2.6 – Fez/Faz tratamento Psiquiátrico? () SIM () NÃO
- 2.7 – Fez/Faz uso de tóxico? () SIM () NÃO
- 2.8 – Fez/Faz uso contínuo de medicação? () SIM () NÃO
- 2.9 – Já teve doenças cardíacas? () SIM () NÃO
- 2.10 – Você tem Hipertensão Arterial? () SIM () NÃO
- 2.11 – Teve/tem doenças pulmonares? () SIM () NÃO
- 2.12 – Sofreu acidentes ou fraturas () SIM () NÃO
- 2.13 – Teve/tem doenças de vias urinárias? () SIM () NÃO
- 2.14 – Você teve/tem convulsão ou desmaios? () SIM () NÃO
- 2.15 – Você é diabético? () SIM () NÃO
- 2.16 – Teve/Tem Úlcera péptica ou gastrite? () SIM () NÃO
- 2.17 – Teve/Tem doença venérea? () SIM () NÃO
- 2.18 – Fez/Faz tratamento com Psicólogo () SIM () NÃO
- 2.19 – Fez/Faz tratamento de coluna () SIM () NÃO
- 2.20 – Fez/Faz tratamento para tendinite nos membros superiores () SIM () NÃO
- 2.21 – Tem/Teve alergia () SIM () NÃO
- 2.22 – Tem/Teve hérnias () SIM () NÃO
- 2.23 – Procurou médico nos últimos 2 anos? () SIM () NÃO
- 2.24 – Em caso afirmativo de algum item acima, especificar: _____

x _____

ASSINATURA DO CANDIDATO

DATA ____ / ____ / ____

III – ANTECEDENTES LABORAIS:

3.1 – Já teve algum Acidente de Trabalho? () SIM () NÃO

Quando? _____

Onde? _____

Tem CAT – Comunicado de Acidente de Trabalho, registrada?

SIM () NÃO () **Se SIM, observar o HISMED e INFBEN (INSS) já solicitados.**

n.º da CAT : _____
Número obtido através do HISMED e INFBEM, ou na carteira de trabalho

3.2 – Trabalhos anteriores/atual: (relacionar os três últimos locais, podendo ser formal ou informal)

Nome da empresa	Função	Tempo
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

3.2.1 Você é ou já foi servidor da Prefeitura Municipal de Goiânia? _____

3.3 – Já ficou afastado pelo INSS por auxílio doença? () SIM () NÃO

Se SIM, observar o HISMED e INFBEN (INSS) já solicitados.

Quando? _____ Quanto Tempo? _____

Número do Benefício: _____
Número obtido através do HISMED e INFBEN, ou na carteira de trabalho

3.4 – Já esteve exposto no trabalho a:

Ruídos?	Pó?	Poeira?	Gases?	Tintas?
() SIM	() SIM	() SIM	() SIM	() SIM
() NÃO	() NÃO	() NÃO	() NÃO	() NÃO
Produtos Químicos?	Posturas inadequadas?	Levantamento de Pesos?		
() SIM	() SIM	() SIM		
() NÃO	() NÃO	() NÃO		

Se SIM, onde e quanto tempo: _____

Usou EPI– Equipamento de Proteção Individual? () SIM () NÃO

Em caso afirmativo especificar: _____

3.5 – Doenças Profissionais? () SIM () NÃO

Se SIM, quais? _____

3.6– Vacinas:

BCG	Febre Amarela	Anti Rábica	Anti Tetânia	Hepatite B
() SIM	() SIM	() SIM	() SIM	() SIM
() NÃO	() NÃO	() NÃO	() NÃO	() NÃO

Atesto a veracidade das informações prestadas, assumindo a responsabilidade civil e penal pelas mesmas, e autorizo esta Junta Médica Municipal, à consultar e verificar meus ANTECEDENTES MÉDICOS, para maiores esclarecimentos que se fizerem necessários.

ASSINATURA DO CANDIDATO

DATA: ____/____/____