

SECRETARIA MUNICIPAL DE ADMINISTRAÇÃO  
JUNTA MÉDICA

**AUXILIAR DE ATIVIDADES EDUCATIVAS**

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 EXAME E AOS ANEXOS I E II (G.E.M.A.). PREENCHER O LAUDO MÉDICO PERICIAL ADMISSSIONAL (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 ADMISSSIONAL (ANEXO II)**

- PARECER DERMATOLÓGICO
- PARECER PSIQUIÁTRICO
- PARECER OFTALMOLÓGICO
- AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA

**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 (com 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
- LARINGOSCOPIA (com laudo do médico Otorrinolaringologista)

AGENDAMENTO DE PERÍCIAS NA JUNTA MÉDICA: ATRAVÉS DO SITE [www.goiania.go.gov.br](http://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 (INFBN);

**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 ECODOPLER 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: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**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.**

\* \* \*



**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 INFBN ( INSS) já solicitados.**

n.º da CAT : \_\_\_\_\_  
Número obtido através do HISMED e INFBN, 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 INFBN (INSS) já solicitados.**

Quando? \_\_\_\_\_ Quanto Tempo? \_\_\_\_\_

Número do Benefício: \_\_\_\_\_  
Número obtido através do HISMED e INFBN, 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.**

\_\_\_\_\_ DATA: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
**ASSINATURA DO CANDIDATO**