

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

**EDUCADOR SOCIAL**

RELAÇÃO DE EXAMES COMPLEMENTARES 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: 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 ANEXO I (G.E.M.A.) E 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 FORMULARIO PROPRIO DA JUNTA MÉDICA - GUIA EXAME MÉDICO ADMISSONAL (ANEXO I)

- PARECER DERMATOLÓGICO
- PARECER PSIQUIÁTRICO
- PARECER OFTALMOLÓGICO

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

**III – EXAMES ESPECÍFICOS POR CARGO/FUNÇÃO:**

- NÃO TEM

TELEFONES DA JUNTA MÉDICA MUNICIPAL SOMENTE PARA TIRAR DÚVIDAS SOBRE EXAMES  
**(NÃO AGENDAMOS): 3524-8604/ 8605**

ENDEREÇO: RUA R-8 Nº38, ST. OESTE (ATRÁS DO HOSPITAL UROLÓGICO)

**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)** ONDE CONSTA O CID E 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 ACARRETARÁ 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 ECODOPPLER 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 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:** \_\_\_\_\_