



ANEXO IV

RELAÇÃO DE EXAMES ADMISSIONAIS E FICHA DE INFORMAÇÕES MÉDICAS

EDITAL Nº 01/2018 – Concurso Público – PREFEITURA MUNICIPAL DE VIANA

Convocação para apresentação de exames e laudos médicos – CARGOS: ASSISTENTE DE EDUCAÇÃO BÁSICA E BIBLIOTECÁRIO.

1) O convocado deverá realizar, às suas próprias expensas, os seguintes exames e laudos médicos:

1. HEMOGRAMA COMPLETO COM PLAQUETAS;
2. HbsAg;
3. ANTI-HBS;
4. ANTI-HBC TOTAL;
5. TSH;
6. T4;
7. VDRL;
8. GLICEMIA DE JEJUM;
9. COLESTEROL TOTAL;
10. TRIGLICERÍDEOS;
11. CREATININA;
12. URÉIA;
13. ÁCIDO ÚRICO;
14. URINA: EAS;
15. FEZES: EPF;
16. RAIOS X DA TÓRAX (COM LAUDO);
17. RAIOS X DA COLUNA CERVICAL (COM LAUDO);
18. RAIOS X DA COLUNA LOMBO-SACRA (COM LAUDO);
19. RAIOS X JOELHOS (COM LAUDO);
20. ELETROCARDIOGRAMA (COM LAUDO);
21. ULTRASSONOGRAFIA DO OMBRO (MEMBRO PREDOMINANTE);
22. LAUDO OFTALMOLÓGICO (parecer do oftalmologista com acuidade visual);
23. LAUDO DO NEUROLOGISTA;
24. LAUDO CARDIOLÓGICO (parecer do cardiologista com eletrocardiograma);
25. LAUDO OTORRINOLARINGOLÓGICO;
26. LAUDO PSIQUIÁTRICO;
27. AUDIOMETRIA (COM LAUDO);
28. PSA Prostático – para todos os homens acima de 40 anos de idade;
29. Outros exames e laudos poderão ser exigidos para nomeação.

2) O convocado deverá preencher a Ficha de Informações Médicas:

Deve o candidato convocado observar os seguintes procedimentos:

O candidato deverá apresentar a Ficha de Informações Médicas, bem como os exames e laudos médicos acima indicados, no prazo estabelecido no ato de nomeação, à Junta Médica Oficial da Prefeitura Municipal de Viana.

Os documentos deverão ser apresentados em sua versão original ou mediante cópia devidamente autenticada.

A não apresentação de qualquer documento e/ou exame no prazo assinalado acarretará a eliminação do candidato.



2- Condições e Hábitos de Vida: (Assinale com X em todos os itens e especifique, se for o caso)

			ESPECIFICAR (se for o caso)
1- Fuma	() SIM	() NÃO	
2- Pratica esportes	() SIM	() NÃO	
3- Alimenta-se bem	() SIM	() NÃO	
4 - Mora em residência com água e esgoto?	() SIM	() NÃO	
5- Faz uso de algum medicamento de forma contínua?	() SIM	() NÃO	

3 - Antecedentes de Doenças na Família (Pai, mãe, irmãos):

			ESPECIFIQUE:
1- Pressão alta	() SIM	() NÃO	
2- Doenças do coração	() SIM	() NÃO	
3- Reumatismo	() SIM	() NÃO	
4 - Diabetes	() SIM	() NÃO	
5- Doenças do pulmão	() SIM	() NÃO	
6- Doenças cerebrais	() SIM	() NÃO	

4- Houve alguma modificação no seu estado de saúde nos últimos anos?

() SIM () NÃO

Qual modificação e quando aconteceu?

5- Apresenta no momento alguma impossibilidade de assumir de forma plena o cargo ou função a que está se propondo?

() SIM () NÃO

Especifique:

6- Já possui outro cargo público além deste que está assumindo?

() SIM () NÃO

Caso a resposta seja positiva, especificar (qual é o cargo e qual a esfera de atuação se municipal, federal ou estadual):



PREFEITURA MUNICIPAL DE VIANA
Secretaria de Administração
Gerência de Recursos Humanos

Declaro serem verdadeiras as informações acima prestadas, comprometendo-me a submeter-me aos exames clínicos e laboratoriais que venham a ser solicitados, a partir desta data, pelo Instituto de Previdência Social dos Servidores Públicos de Viana, através da Perícia Médica Oficial, para comprovação ou elucidação do afirmado na presente declaração, bem como estou ciente que posso ser responsabilizado nas esferas administrativas, civil e criminal pela incorreção de qualquer uma das informações prestadas.

Local: _____

Data: ____/____/____

(Assinatura do Candidato)