**ENCAMINHAMENTO PARA EXAMES, LAUDOS MÉDIDOS E PERÍCIA MÉDICA**

**Concurso Público – Edital nº 001/2018.**

O candidato nomeado para o cargo de provimento efetivo de\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, conforme Portaria nº \_\_\_\_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_de \_\_\_\_\_\_\_ deve comparecer à Perícia Médica Oficial do Município munido dos exames e laudos médicos especificados a seguir, no dia \_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_de \_\_\_\_\_\_\_\_, às \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_horas.

**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. URÉIA;
12. ÁCIDO ÚRICO
13. URINA:EAS;
14. FEZES:EPF;
15. RAIO X DO TÓRAX (COM LAUDO);
16. RAIO X DA COLUNA CERVICAL (COM LAUDO);
17. RAIO X DA COLUNA LOMBO-SACRA (COM LAUDO);
18. RAIO X JOELHOS(COM LAUDO);
19. ELETROCARDIOGRAMA COM LAUDO;
20. ULTRASSONOGRAFIA DO OMBRO (MEMBRO PREDOMINANTE);
21. LAUDO OFTALMOLÓGICO ( parecer do oftalmologista com acuidade visual);
22. LAUDO NEUROLOGISTA;
23. LAUDO CARDIOLÓGICO (parecer do cardiologista com eletrocardiograma);
24. LAUDO OTORRINOLARINGOLÓGICO;
25. VIDEOLARINGOLOSCOPIA (IDENTIFICAÇÃO FACIAL) COM VÍDEO E LAUDO;
26. AUDIOMETRIA COM LAUDO;
27. PSA PROSTÁTICO - PARA TODOS OS HOMENS ACIMA DE 40 ANOS DE IDADE;
28. CREATININA;
29. ANTI-HVA;
30. CÉLULAS L.E;
31. A.S.L.O (ANTIESTREPTOLISINA);
32. FR (FATOR REUMATÓIDE);
33. LAUDO ALERGISTA;
34. LAUDO ODONTOLÓGICO;
35. LAUDO ORTOPÉDICO (LER OCUPACIONAL);
36. LAUDO PSIQUIÁTRICO;
37. 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.

**Ficha de Informações Médicas**

**ATENÇÃO ! ! ! Leia antes de começar a responder**

**As informações prestadas nesta ficha são de inteira responsabilidade do candidato e devem ser fornecidas com autenticidade. Ao proceder a avaliação do contido nesta Ficha e fundada em critérios médicos, o médico perito poderá exigir do candidato exames complementares hábeis a esclarecer as informações ora aqui prestadas.**

NOME:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data de Nascimento: / / . Sexo: ( ) Masculino ( ) Fem. Estado Civil:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Naturalidade: Cargo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Endereço/telefone: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **Antecedentes Clínicos/Cirúrgicos (Assinale com X em todos os itens e especifique abaixo)**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. Doenças do Coração | ( ) SIM | ( ) NÃO | 12. Fez ou faz Tratamento Psiquiátrico | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| 2. Pressão Alta | ( ) SIM | ( ) NÃO | 13. Fez ou faz Tratamento Psicológico | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| 3. Doenças do pulmão | ( ) SIM | ( ) NÃO | 14. Doenças da Audição/Ouvidos/Labirintites | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| 4. Asma/Bronquite/Rinite | ( ) SIM | ( ) NÃO | 15. Doenças da Visão/Olhos | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| 5. Alergias | ( ) SIM | ( ) NÃO | 16. Diabetes | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| 6. Doenças do Fígado | ( ) SIM | ( ) NÃO | 17. Doenças do Estômago / Intestinos | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| 7. Doenças do Rim | ( ) SIM | ( ) NÃO | 18. Já fez Tratamento de Fraturas | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| 8. Tumores | ( ) SIM | ( ) NÃO | 19 Submeteu-se a alguma Cirurgia | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| 9. Doenças  Reumáticas/artrose/osteoporose | ( ) SIM | ( ) NÃO | 20. Esteve Internado nos últimos 2 anos | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| 10. Convulsões / Desmaios | ( ) SIM | ( ) NÃO | 21. Possuí algum problema congênito (de nascença) | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| 11. Doenças Neurológicas | ( ) SIM | ( ) NÃO | 22. Doenças da Pele | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| 23. Já fez ou faz Tratamento da Coluna Cervical, Dorsal, Lombar, Ombros, Cotovelos, Joelhos, Punhos ou Hérnia de Disco? | | | | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| 24. Apresenta alguma Doença Óssea ou Neuromuscular que limite a atividade laboral? | | | | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| 25. Já fez ou faz Tratamento de Úlceras Varicosas ou Trombose de Membros Inferiores? | | | | ( ) SIM | ( ) NÃO |
| 26. Encontra-se em LICENÇA MÉDICA no Paraná ou outro Estado (INSS ou outro Órgão Pericial Oficial)? | | | | ( ) SIM | ( ) NÃO |

**ATENÇÃO ! ! ! SE QUALQUER DAS RESPOSTAS DO QUESTIONÁRIO ACIMA FOR “SIM”, ESCLAREÇA ABAIXO:**

|  |  |
| --- | --- |
| ITEM | ESPECIFIQUE (mencionar data do episódio, o tratamento na época e qual a situação atual) |
|  |  |
|  |
|  |  |
|  |
|  |  |
|  |
|  |  |
|  |

- 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 |  |

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. - Diabete | ( ) SIM | ( ) NÃO |  |
| 5. - Doenças do pulmão | ( ) SIM | ( ) NÃO |  |
| 6. - Doenças cerebrais | ( ) SIM | ( ) NÃO |  |

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

( ) SIM ( ) NÃO

Qual modificação e quando aconteceu?

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

( ) SIM ( ) NÃO

Especifique:

Já possuí 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):

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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, pela Prefeitura Municpal de Viana, através da Perícia Médica Oficial, para comprovação ou elucidação do afirmado na presente declaração, bem como estou ciente de que posso ser responsabilizado nas esferas administrativa, civil e criminal pela incorreção de qualquer uma das informações prestadas.

Local:

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura do Candidato (a)