

ANEXO I

Relação de exames e laudos médicos exigidos para avaliação de ingresso de servidores efetivos

Item 01: Relação de exames obrigatórios para todos os cargos:
<ol style="list-style-type: none">1. Hemograma completo em jejum;2. Glicemia em jejum;3. Reação sorológica para Lues (V.D.R.L);4. Gama GT (Gama Glutamil Transferase);5. Perfil Lipídico (Colesterol L.D.L, Colesterol H.D.L e Colesterol Total, Triglicérides);6. Exame de urina tipo I (E.A.S);7. Eletrocardiograma (E.C.G) com avaliação do médico cardiologista, com registro de especialista constante no Conselho Federal de Medicina;8. Raio-X do tórax P.A e perfil e os laudos correspondentes. OBS: dispensável para gestantes mediante apresentação do laudo de ultrassonografia (ecografia) recente à data da avaliação médica pericial;9. Raios-X total da coluna vertebral com laudo radiológico (exceto para gestantes, que devem apresentar laudo de ultrassonografia gestacional recente);10. Avaliação de médico ortopedista com registro de especialista constante no Conselho Federal de Medicina, quanto à saúde física de membros superiores, inferiores e coluna vertebral total (baseada no exame geral do candidato e nos Raios-X de coluna total), inclusive para gestantes;11. Audiometria Tonal com avaliação do fonoaudiólogo com registro profissional ativo no Conselho Regional de Fonoaudiologia. OBS: se houver perda, ou redução, auditiva apresentar avaliação do médico otorrinolaringologista, com registro de especialista constante no Conselho Federal de Medicina;12. Atestado de acuidade visual, fundo de olho e tonometria, em ambos os olhos, emitido por médico oftalmologista, com registro de especialista constante no Conselho Federal de Medicina;13. Atestado de saúde mental emitido por médico psiquiatra com registro de especialista constante no Conselho Federal de Medicina;14. Laudo de Avaliação Psicológica voltado para a capacidade laboral do cargo pretendido, descrevendo os métodos, técnicas e instrumentos utilizados na avaliação, emitido por psicólogo com registro profissional ativo no Conselho Regional de Psicologia.15. Eletroencefalograma (E.E.G) com mapa e avaliação de médico neurologista com registro de especialista constante no Conselho Federal de Medicina, para homens e mulheres com idade igual ou acima de 40 anos;16. Colpocitologia Oncótica - Papanicolau para mulheres com idade igual ou acima de 40 anos;17. Antígeno Prostático Específico - P.S.A para homens com idade igual ou acima de 40 anos.
Item 02: Exigidos para os cargos de professores da educação básica, superior e tecnológica:
<ol style="list-style-type: none">1. Laringoscopia de cordas vocais com avaliação do médico otorrinolaringologista, com registro de especialista constante no Conselho Federal de Medicina.
Item 03: Exigidos para o exercício da função dos cargos de Policial Penal, Agente de Segurança Socioeducativo, Escrivão de Polícia, Investigador de Polícia, Delegado de Polícia, Perito Oficial, Papiloscopista, Técnico em Necropsia e Perito Criminal II:
<ol style="list-style-type: none">1. Creatinina e ureia;2. Pesquisa de BK no escarro (Baciloscopia).
Item 04: Exigidos para o exercício da função do cargo de Apoio Administrativo Educacional - Nutrição e outras ligadas à manipulação de alimentos e/ou bebidas - Nutricionista:
<ol style="list-style-type: none">1. Parasitológico de fezes;2. Bacteriológico de secreção nasofaríngea;3. Pesquisa de BK no escarro (Baciloscopia).

Item 05: Exigidos para o exercício da função de Médico, Enfermeiro, Técnico em Enfermagem, Odontólogo, Fisioterapeuta, Fonoaudiólogo, cujas funções serão desenvolvidas em unidades hospitalares ou de atendimento a pacientes. Exigidos para o exercício do cargo de Profissional de Nível Superior do Sistema Penitenciário e Profissional de Nível Superior do Sistema Socioeducativo perfil: médico.

1. Exame Anti-HCV;
2. Pesquisa de BK no escarro (Baciloscopia);
3. Tempo de protrombina (TP ou TAP) e tempo de tromboplastina ativada (TTP ou PTT).

ANEXO II

Formulário de Antecedentes Ocupacionais e de Saúde

DADOS - Pessoais e funcionais:			
Nome:			
Data de Nascimento:		Naturalidade:	
Idade:		Sexo: () Feminino () Masculino	
CPF:		R.G. nº:	
Estado Civil:		Órgão emissor:	
Cargo:			

ANAMNESE - Marque SIM ou NÃO no quesito que você já vivenciou ou vivencia:

Situações	Sim	Não	Situações	Sim	Não	Situações	Sim	Não
Doença do Coração			Doença do fígado			Teve grande ganho de peso		
Hipertensão Arterial (Pressão Alta)			Problemas de intestino			Dor de cabeça frequente (enxaqueca)		
Palpitação e Pressão no Peito			Diarréia frequente			Pancada ou fratura cabeça		
Falta de Ar (Dispneia)			Doença da vesícula			Reumatismo		
Asma			Parasitose intestinal (vermes)			Fratura ou doença dos ossos		
Tosse Crônica			Hemorroidas			Doença das articulações		
Bronquite			Debilidade ou fadiga			Doença da coluna		
Pneumonia			Doença dos rins			Dor lombar		
Tuberculose			Cálculo renal			Dor nos pés ou nas pernas		
Doença do ouvido			Hérnia			Dor nos braços ou ombros		
Doença do nariz			Problema de visão			Dor nas mãos ou punhos		
Rouquidão ou perda de voz			Catarata			Dor no quadril ou joelhos		
Doença da garganta			Glaucoma			Pode executar tarefas pesadas		
Sinusite			Doença de pele			Sarampo		
Doença do esôfago			Abscesso ou tumores			Catapora		

Refluxo gastroesofágico (doença do refluxo)			Doença da tireoide			Doença venérea		
Gastrite			Diabetes			Doença dos nervos		
Úlcera			Teve grande perda de peso			Tem varizes		
Câncer			Tomou as três doses da vacina da hepatite?			Foi operado alguma vez ou recomendado operar?		
Do quê?			Tomou as três doses da vacina antitetânica nos últimos 10 anos?			O quê?		
Alergia			Tomou outras vacinas?			Esteve doente devido ao trabalho?		
Do quê?			Qual?			Por quê?		
Intoxicação			Ingressou no serviço público em vaga reservada para candidato portador de deficiência?			Fez ou faz uso de drogas?		
Do quê?			Por quê?			Qual droga?		
Ansiedade			Teve ou tem outras doenças que não estão indicadas acima?			Qual a quantidade?		
Depressão			O quê?			Quantas vezes por semana?		
Outro problema de Saúde Mental?			Esteve internado alguma vez em hospital ou sanatório?			Suas condições físicas atuais impedem algum trabalho específico?		
O quê?			Por quê?			O quê?		
Fumou ou fuma?			Você já tirou alguma licença médica?			Toca algum instrumento musical?		
Quantas cigarros por dia?			Por quê?			O quê?		
Durante quanto tempo?			Suas condições de saúde atuais promovem alguma limitação para o trabalho?			Quantas horas por dia?		
Você bebe?			O quê?			Pratica alguma atividade física?		
Alguma vez sentiu que devia diminuir a quantidade de bebida?			Desenvolve atividades manuais (tricô, pintura, artesanato)?			Qual modalidade?		
As pessoas o aborrecem porque			O quê?			Quantas vezes na semana?		

criticam seu modo de beber?				
Você se sente culpado pela maneira como bebe?			Quantas vezes por semana desempenha essas atividades?	Tem alguma atividade de lazer?
Você costuma beber de manhã para diminuir o nervosismo ou ressaca?				O quê?

ANTECEDENTES FAMILIARES - Seus familiares diretos (pai, mãe, irmãos e avós), mesmo os já falecidos, têm ou tiveram alguma das doenças abaixo?

Doenças	Sim	Não	Grau de Parentesco	Doenças	Sim	Não	Grau de Parentesco
Você tem algum problema familiar?							
Algum familiar com doença do coração?				Algum familiar com doença do sangue?			
Algum familiar com distúrbios psíquicos?				Algum familiar com diabetes?			
Algum familiar com epilepsia?				Algum familiar com asma?			
Algum familiar com alergias?				Algum familiar com pressão alta?			
Algum familiar com tuberculose?				Algum familiar com câncer?			

ANTECEDENTES OCUPACIONAIS:

Marque SIM ou NÃO	Sim	Não
Executa ou executou tarefas perigosas ou insalubres?		
O quê?		
Você usa (ou) equipamento de proteção individual - EPI?		
Quais?		
Tem outra atividade de trabalho?		
O quê?		
Quantas horas gasta nesta atividade?		
Já sofreu de doença do trabalho ou profissional?		
Já sofreu algum acidente de trabalho?		
Como, quando e o que aconteceu?		
Afastou-se do trabalho por acidente ou doença profissional?		
Quando e por quanto tempo ficou afastado (em dias)?		
Teve alguma seqüela ou complicação em sua recuperação? Explique.		
Atualmente você tem algum desconforto por este problema? Explique.		

Declaro que as informações acima são verdadeiras

Data: ___/___/___

Assinatura do Candidato