



PREFEITURA MUNICIPAL DE VIANA
Estado do Espírito Santo

EDITAL Nº 002/2025 – QUADRO DO MAGISTÉRIO
CONCURSO PÚBLICO – PREFEITURA MUNICIPAL DE VIANA
RELAÇÃO DE EXAMES ADMISSIONAIS E FICHA DE INFORMAÇÕES MÉDICAS

Convocação para apresentação de exames e laudos médicos

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

- 1- HEMOGRAMA COMPLETO COM PLAQUETAS;
- 2- GRUPO SANFUÍNEO E FATOR RH
- 3- HBSAG;
- 4- ANTI-HBS;
- 5- ANTI-HBC TOTAL;
- 6- TSH;
- 7- T4;
- 8- VDRL;
- 9- GLICEMIA DE JEJUM;
- 10- COLESTEROL TOTAL E FRAÇÕES;
- 11- TRIGLICERÍDEOS;
- 12- URÉIA;
- 13- CREATININA;
- 14- ÁCIDO ÚRICO
- 15- URINA (EAS);
- 16- FEZES (EPF);
- 17- ANTI-HVA;
- 18- CÉLULAS L.E;
- 19- A.S.L.O (ANTIESTREPTOLISINA);
- 20- FR (FATOR REUMATÓIDE);
- 21- RAIOS X DO TÓRAX (COM LAUDO);
- 22- RAIOS X DA COLUNA CERVICAL (COM LAUDO);
- 23- RAIOS X DA COLUNA LOMBO-SACRA (COM LAUDO);
- 24- RAIOS X JOELHOS (COM LAUDO);
- 25- ELETROCARDIOGRAMA COM LAUDO;
- 26- ULTRASSONOGRAFIA DO OMBRO (MEMBRO PREDOMINANTE);
- 27- LAUDO ALERGISTA;
- 28- LAUDO ODONTOLÓGICO;
- 29- LAUDO ORTOPÉDICO (LER OCUPACIONAL);
- 30- LAUDO OFTALMOLÓGICO (parecer do oftalmologista com acuidade visual);
- 31- LAUDO NEUROLOGISTA;
- 32- LAUDO PSIQUIÁTRICO;
- 33- LAUDO CARDIOLÓGICO (parecer do cardiologista com eletrocardiograma);
- 34- LAUDO OTORRINOLARINGOLÓGICO;
- 35- VIDEOLARINGOSCOPIA (IDENTIFICAÇÃO FACIAL) COM VÍDEO E LAUDO;
- 36- AUDIOMETRIA COM LAUDO;
- 37- ESPIROMETRIA
- 38- PSA Prostático -para todos os homens acima de 40 anos de idade
- 39- OUTROS EXAMES E LAUDOS PODERÃO SER EXIGIDOS PARA NOMEAÇÃO



PREFEITURA MUNICIPAL DE VIANA
Estado do Espírito Santo

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 momento da perícia médica, 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



PREFEITURA MUNICIPAL DE VIANA
Estado do Espírito Santo

6. Doenças do Fígado	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	17. Doenças do Estômago / Intestinos	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
7. Doenças do Rim	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	18. Já fez Tratamento de Fraturas	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
8. Tumores	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	19 Submeteu-se a alguma Cirurgia	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
9. Doenças Reumáticas/artrose/osteoporose	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	20. Esteve Internado nos últimos 2 anos	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
10. Convulsões / Desmaios	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	21. Possui algum problema congênito (de nascença)	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
11. Doenças Neurológicas	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	22. Doenças da Pele	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
23. Já fez ou faz Tratamento da Coluna Cervical, Dorsal, Lombar, Ombros, Cotovelos, Joelhos, Punhos ou Hérnia de Disco?			<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	
24. Apresenta alguma Doença Óssea ou Neuromuscular que limite a atividade laboral?			<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	
25. Já fez ou faz Tratamento de Úlceras Varicosas ou Trombose de Membros Inferiores?			<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	
26. Encontra-se em LICENÇA MÉDICA no Paraná ou outro Estado (INSS ou outro Órgão Pericial Oficial)?			<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> 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)

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

			ESPECIFIQUE
1. - Pressão alta	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	
2. - Doenças do coração	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	
3. - Reumatismo	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	
4. - Diabete	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	



PREFEITURA MUNICIPAL DE VIANA
Estado do Espírito Santo

5. - Doenças do pulmão	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	
6. - Doenças cerebrais	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	

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 Municipal 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)