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

**Concurso Público – Edital nº 003/2018.**

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.

Oconvocadodeverárealizar,àssuasprópriasexpensas,osseguintesexameselaudosmédicos:

1. **Exameslaboratoriais:**

1.1 hemograma completa, VDRL;

1.2 glicose emjejum;

1.3 creatinina, EAS;

1.4 PSA Prostático - para todos os homens acima de 40 anos de idade

1. **Avaliações clínicasespecializadas:**

2.1 parecer do oftalmologista com acuidadevisual;

2.2parecer do cardiologista comeletrocardiograma;

2.3 parecerneurologista (no caso de motoristas deve ser laudo neurológico com apresentação de eletroencefalograma)

2.4 parecer ortopédista (para atividades que exigem esforço físico)

1. **OconvocadodeverápreencheraFichadeInformaçõesMédicas**

Deveocandidatoconvocadoobservarosseguintesprocedimentos:

O candidato deverá apresentar a Ficha de Informações Médicas, bem como os **exames e laudos médicos,**acima indicados no prazo estabelecido na Portaria nº0135/2020, à Junta Médica Oficial da PREFEITURA MUNICPAL DE VIANA.

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

A não apresentação da documentação no prazo assinalado acarretará a eliminação do candidato.

**Ficha de Informações Médicas**

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

**Asinformaçõesprestadasnestafichasãodeinteiraresponsabilidade docandidatoedevemserfornecidascomautenticidade. Ao procedera avaliação do contido nesta Ficha e fundada em critérios médicos, o médico perito poderá exigir do candidato exames complementareshábeisaesclarecerasinformaçõesoraaquiprestadas.**

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

DatadeNascimento: \_\_\_\_\_\_\_\_ / / . Sexo: ( ) Masc. ( ) Fem.EstadoCivil:

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

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

1. **AntecedentesClínicos/Cirúrgicos(AssinalecomXemtodosositenseespecifiqueabaixo)**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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. DoençasReumáticas/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 deforma 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 Municipal 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 administrativa, civil e criminal pela incorreção de qualquer uma das informações prestadas.

Local:

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

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

Assinatura do Candidato (a)