|  |
| --- |
| PERÍCIA MÉDICA – POSSE SERVIDORES EFETIVOS |

**NOME:**

**CARGO:**

**CPF:**

**DATA DE NASCIMENTO: IDADE: TELEFONE:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nº | DESCRIÇÃO | SIM | NÃO | Nº | DESCRIÇÃO | SIM | NÃO |
| 01 | Problemas de Alergia |  |  | 18 | Epilepsia ou Disritmia Cerebral |  |  |
| 02 | Asma ou Bronquite |  |  | 19 | Varizes |  |  |
| 03 | Enfisema ou Problemas Pulmonares |  |  | 20 | Problemas de Vesícula Biliar |  |  |
| 04 | Tuberculose |  |  | 21 | Perturbação da Visão |  |  |
| 05 | Hérnia |  |  | 22 | Perturbação Auditiva |  |  |
| 06 | Artrite, Reumatismo |  |  | 23 | Problemas de Úlcera de Estômago ou Duodeno, Gastrite |  |  |
| 07 | Dores Articulares |  |  | 24 | Distúrbios Nervosos ou Mentais |  |  |
| 08 | Problema de Pressão Sanguínea |  |  | 25 | Uso de Cigarro |  |  |
| 09 | Problemas Cardíacos |  |  | 26 | Ingestão de Bebida Alcoólica |  |  |
| 10 | Câncer |  |  | 27 | Doença Infecciosa |  |  |
| 11 | Dor Lombar ou Dor nas Costas |  |  | 28 | Reações de estresse com frequência |  |  |
| 12 | Diabetes |  |  | 29 | Dor no Peito (Angina) |  |  |
| 13 | Problemas Renais e Urinários |  |  | 30 | Pratica Exercícios Físicos Regulares |  |  |
| 14 | Artrose (desgaste) Coluna |  |  | 31 | Rouquidão |  |  |
| 15 | Transfusões |  |  | 32 | Homem – Problema na próstata |  |  |
| 16 | Alterações do Colesterol e/ou Triglicérides |  |  | 33 | Mulher – Problema no colo uterino |  |  |
| 17 | Mulher – Problema nas mamas |  |  | 34 | Portador de necessidades especiais? |  |  |

35- **As interrogações abaixo deverão ser preenchidas pelo Médico Perito.**

 a) **Acidentes com Lesões?**

 Quais / Quando:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

b) **Internação hospitalar?**

 Motivo / Quando: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

c) **Submetido a cirurgia?**

 Qual / Quando: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

d) **Medicamento em uso?**

 Quais / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Tempo de uso:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

e) Outras informações:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

**Declaro, sob pena de responsabilidade legal, ser verdadeiras as informações prestadas à Junta Médica Oficial do Município, bem como não ter ocultado enfermidades graves, crônicas ou agudas, que não constem da lista acima, mas, que já tragam ou venham a trazer problemas em meu desempenho como servidor, até a data de hoje.**

 Data**: 05/06/2023.**

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

 Responsável pela triagem administrativa Assinatura do(a)Nomeado

**EXAMES NECESSÁRIOS À PERÍCIA MÉDICA**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ORDEM** | **EXAME** | **Resultado (para uso da JMO)** |
| 01 | Hemograma completo e contagem de plaquetas |  |
| 02 | Tipagem sanguínea: |  |
| 03 | Glicose |  |
| 04 | Ureia |  |
| 05 | Creatinina |  |
| 06 | TGO |  |
| 07 | TGP |  |
| 08 | Colesterol total |  |
| 09 | Triglicérides |  |
| 10 | Urina: EAS |  |
| 11 | VDRL |  |
| 12 | HBS -Ag |  |
| 13 | Machado Guerreiro |  |
| 14 | Eletrocardiograma com laudo, emitido por médico cardiologista. |  |
| 15 | Radiografia do tórax em PA e perfil com laudo |  |
| 16 | Radiografia da coluna Lombos-sacra com laudo |  |
| 17 | Exame Oftalmológico completo: acuidade visual, com e sem correção, Fundoscopia, motricidade ocular, Fonometria, Biomicrospia e senso cromático. |  |
| 18 | Laudo Psiquiátrico, emitido por médico psiquiatra. |  |
| 19 | Cartão de vacina atualizado com as seguintes vacinas: Febre amarela, Difteria e Tétano, Sarampo e Rubéola (Mulheres –12 a 49 anos), Hepatite B (menores de 20 anos). |  |

Obs. Deverão ser apresentados os exames originais, os quais terão validade de 90 (noventa) dias.

OBS.: Após triagem administrativa dos exames apresentados, verificou-se a ausência do(s) exame(s)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

**O(s) exame(s) retro(s) foi(ram) apresentado(s) posteriormente?**

**Sim ( ) Em \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_.**

**Não ( )**

**Foi submetido (a) a exame médico, sendo considerado (a), para assumir suas funções no Serviço Público Municipal:**

 **APTO** ( ) **INAPTO ( )**

**Palmas, aos 05 dias do mês de Junho de 2023**

**Carimbo e assinatura do(s) Médico(s)**