



ROTEIRO PARA POSSE DOS CANDIDATOS APROVADOS NO CONCURSO PÚBLICO EDITAL Nº 001/2019, CONVOCADOS POR MEIO DO DECRETO Nº 3.551 DE 24/09/2020 (surtindo efeitos a partir de 01/10/2020), PARA OS CARGO DE:

Profissional da Educação 1 – Ciências
Profissional da Educação 1 – Educação Física
Profissional da Educação 1 – Geografia
Profissional da Educação 1 – História
Profissional da Educação 1 – Inglês
Profissional da Educação 1 – Língua Portuguesa
Profissional da Educação 1 – Matemática
Profissional da Educação 1 - Pedagogo

Senhores Candidatos, leiam atentamente às orientações abaixo:

1º Passo – Todos os candidatos deverão providenciar os Exames e Laudos conforme listagem abaixo:

- a) Hemograma completo e eletrocardiograma (com laudo, carimbo e assinatura do médico);
- b) Imunofluorescência para T.A. (doença de chagas);
- c) Radiografia da coluna e do tórax em PA e PERFIL (com laudo, carimbo e assinatura do médico);
- d) Tipagem sanguínea; EAS; Glicemia (jejum); Ureia; Lipidograma; TSH; T4; H.C.V.; H.B.S.A.G; Creatinina; VDRL; Colpocitologia Oncótica Parasitária e Mamografia (exclusivo para mulheres); PSA (exclusivo para homens acima de 40 anos);
- e) Exame de provas alérgicas;
- f) Laudo psiquiátrico;
- g) Exame oftalmológico;
- h) Exame dermatológico;
- i) Teste Ergométrico;
- j) Eletrocefalograma (EEG rotineiro ou normal);
- k) Audiometria.



2º Passo - Todos os candidatos deverão providenciar cópia dos documentos conforme listagem abaixo:

- a) Carteira de Identidade;
- b) CPF (Cadastro de Pessoa Física);
- c) CTPS (para fins de RAIS);
- d) Título de Eleitor;
- e) Certidão de quitação eleitoral ou comprovante de votação nas últimas eleições;
<http://www.tre-go.jus.br/eleitor/carta-de-servicos-ao-cidadao/certidoes/certidao-de-quitacao>
- f) Certificado de Reservista ou prova de alistamento no serviço militar (somente para candidatos do sexo masculino de 17 a 45 anos);
- g) Certidão de Nascimento e CPF dos filhos menores de 21 anos;
- h) Certidão de casamento (se for o caso);
- i) Cartão ou número de Cadastramento do PIS/PASEP;
- j) 01 (uma) foto colorida tamanho 3x4 recente;
- k) Comprovante de residência atual (talão de água ou energia);
- l) Diploma, certificado ou documento de comprovação da conclusão do curso correspondente a escolaridade exigida para o cargo;
- m) Declaração de exercício ou não de outro cargo público. Se for ocupante de outro cargo descrever os horários diários de trabalho, o local e o ente público que estiver vinculado, conforme modelo Anexo II;
- n) Não ser aposentado por invalidez e não ter completado a idade de aposentadoria compulsória nos termos do Artigo 40, inciso II, da Constituição Federal;
- o) Certidão Negativa Cível e Criminal da Justiça Estadual da Comarca de domicílio do candidato;

<https://projudi.tigo.jus.br/CertidaoNegativaPositivaPublica?PaginaAtual=1&TipoArea=1&InteressePessoal=&Territorio=&Finalidade=>

<https://projudi.tigo.jus.br/CertidaoNegativaPositivaPublica?PaginaAtual=1&TipoArea=2&InteressePessoal=S>

- p) Certidão Negativa Cível e Criminal da Justiça Federal (Seção Judiciária de domicílio do candidato);
<https://www.cjf.jus.br/cjf/certidao-negativa>
<https://www.cjf.jus.br/cjf/certidao-negativa>
- q) Telefone para contato e dados da conta bancária aberta na instituição financeira indicada pela Prefeitura Municipal;
- r) Declaração de bens patrimoniais (**espelho do Imposto de Renda**)



3º Passo - Após providenciar os Exames e Laudos Médicos e a cópia dos documentos, ligar nos telefones **(62) 3275-3069** ou **(62) 99264-3733**, exclusivamente, para agendar a perícia na Junta Médica Municipal. A Junta Médica só atenderá mediante agendamento prévio. A perícia médica só ocorrerá a partir de 05/10/2020, nas seguintes UBS – Unidades Básicas de Saúde:

Localização – link <https://goo.gl/maps/ostE1AkeigWgzfTJ7>

Rua Bv- 6 Qd Apm L03 - Res. Boa Vista, Sen. Canedo - GO, 75258-778

Localização - link <https://goo.gl/maps/6p8ZiM3Fi3hqaRMJ8>

Av. Central - Bairro Alvorada, Sen. Canedo - GO, 75261-232

Localização - link <https://goo.gl/maps/pDnDb99d9sjEHksc7>

R. JM 20, Lote 1 - GOIÂNIA/ EXTENSÃO, Goiânia - GO, 75250-000

Localização - link <https://goo.gl/maps/ktFscRqwLbJr46D2A>

R. Carlos Gomes - Res. Jardim Canedo I, Sen. Canedo - GO, 75250-220

Localização - link <https://goo.gl/maps/CMjbNMtw4tCuZFd57>

R. Bonfim - Vila Sao Joao, Sen. Canedo - GO, 75250-000

4º Passo - Comparecer à Junta Médica Municipal, no local, dia e horário previamente agendados, portando a listagem dos exames e laudos para conferência no ato da perícia médica. **Favor não levar acompanhante, a fim de evitar aglomeração.**

5º Passo - Após a perícia médica, ligar no telefone **(62) 99154-5418** para agendar a posse na Diretoria de Recursos Humanos da Prefeitura. A posse somente ocorrerá mediante agendamento prévio.

6º Passo - Comparecer à Diretoria de Recursos Humanos, situado a GO 403 Km 09 Conjunto Morada do Morro – Senador Canedo – Goiás, no horário agendado, munido da cópia e dos originais dos documentos exigidos e do Atestado de Aptidão Funcional expedido pela Junta Médica Municipal.

Localização – link <https://goo.gl/maps/nTwwdrffUNtwuU1q7>

7º Passo - Após a posse, o servidor será encaminhado à Secretaria Municipal de Educação e Cultura, situada à Rua Bernardo Élis, Qd. APM, Lt. 11, Jardim Canedo I – Senador Canedo – Goiás, no horário das 08 às 12 horas e das 13 às 17 horas, para a modulação.

Localização – link <https://goo.gl/maps/epUTUWP1CUS71eUo7>



AVISOS IMPORTANTES:

- ANTES DE AGENDAR A PERÍCIA MÉDICA, O CANDIDATO DEVERÁ CERTIFICAR-SE QUE OS EXAMES, LAUDOS E DOCUMENTOS ESTÃO DE ACORDO COM O EXIGIDO.
- O CUSTEIO DE TODOS OS EXAMES E LAUDOS MÉDICOS, SERÃO DE TOTAL RESPONSABILIDADE DO CANDIDATO, DEVENDO PROVIDENCIÁ-LOS POR CONTA PRÓPRIA;
- A JUNTA MÉDICA MUNICIPAL NÃO FORNECERÁ NENHUM DOS EXAMES OU LAUDOS MÉDICOS;
- HAVENDO NECESSIDADE, POR OCASIÃO DA PERÍCIA, A JUNTA MÉDICA MUNICIPAL PODERÁ SOLICITAR AOS CANDIDATOS EXAMES COMPLEMENTARES.
- SOMENTE SERÃO ACEITOS OS EXAMES EMITIDOS COM DATA DE ATÉ 30 (TRINTA) DIAS ANTERIORES À PUBLICAÇÃO DO EDITAL DE CONVOCAÇÃO.
- GESTANTE DO 1º E 2º TRIMESTRE: RAIOS-X DISPENSADO. DEVERÁ APRESENTAR A JUNTA MÉDICA MUNICIPAL, RELATÓRIO COMPLETO DO MÉDICO ASSISTENTE (GINECOLOGISTA/OBSTETRA), APRESENTANDO O HISTÓRICO COMPLETO DA GESTAÇÃO (DESDE O INÍCIO) E O TEMPO DE GESTAÇÃO.
- APRESENTAR-SE A JUNTA MÉDICA COM O FORMULÁRIO LAUDO MÉDICO PERICIAL ADMISSIONAL (L.M.P.A) ANEXO I (ABAIXO), IMPRESSO E COM OS ITENS 1 E 4 DEVIDAMENTE PREENCHIDOS.
- LEVAR A RELAÇÃO DE EXAMES E LAUDOS MÉDICOS IMPRESSA PARA CONFERÊNCIA NO ATO DA PERÍCIA;
- NÃO RECORTAR A CÓPIA DOS DOCUMENTOS;
- O NÃO CUMPRIMENTO DE TODOS OS ITENS EXIGIDOS, ACARRETERÁ RETORNO DO CANDIDATO.

DÚVIDAS, LIGAR NO TELEFONE (62) 99154-5418



ANEXO I

LAUDO MÉDICO PERICIAL ADMISSIONAL (L.M.P.A.)

1. IDENTIFICAÇÃO: (deverá ser preenchido pelo candidato)

1.1. NOME: _____

1.2. DATA NASCIMENTO: _____

1.3. SEXO: _____

1.4. FILIAÇÃO: _____

E _____

1.5. NATURALIDADE: _____

1.6. IDENTIDADE: _____ DATA EXPEDIÇÃO: _____

1.7. ENDEREÇO: _____

CIDADE: _____ ESTADO: _____

FONE: () _____

1.8. CARGO: _____

2. ANTECEDENTES PESSOAIS: (será preenchido pelo Médico no ato da Perícia)

2.1. Relacionar todas as doenças que já teve (CID):

2.2. Faz uso de bebidas alcoólicas? () SIM () NÃO

2.3. Você fuma? () SIM () NÃO

2.4. Esteve internado para tratamento? () SIM () NÃO

2.5. Foi operado? () SIM () NÃO

2.6. Fez tratamento psiquiátrico? () SIM () NÃO

2.7. Fez uso de tóxico? () SIM () NÃO

2.8. Faz uso contínuo de medicação? () SIM () NÃO



- 2.9. Já teve doenças cardíacas? () SIM () NÃO
- 2.10. Sofreu convulsões ou desmaios? () SIM () NÃO
- 2.11. Você tem hipertensão arterial? () SIM () NÃO
- 2.12. Teve doenças pulmonares? () SIM () NÃO
- 2.13. Sofreu acidentes ou fraturas? () SIM () NÃO
- 2.14. Você é diabético? () SIM () NÃO
- 2.15. Teve úlcera péptica ou gastrite? () SIM () NÃO
- 2.16. Teve doença venérea? () SIM () NÃO
- 2.17. Procurou médico nos últimos 2 anos? () SIM () NÃO

2.18. OBS: _____

3. PARA MULHERES: (será preenchido pelo Médico no ato da Perícia)

- 3.1. Já fez cirurgia ginecológica? () SIM () NÃO
- 3.2. As menstruações são normais? () SIM () NÃO
- 3.3. Tem fluxo excessivo? () SIM () NÃO
- 3.4. Faz consulta ginecológica periódica? () SIM () NÃO
- 3.5. Tem cólica menstrual? () SIM () NÃO
- 3.6. Tem atividade sexual? () SIM () NÃO

3.7. Qual a data da última menstruação? _____

3.8. Antecedentes obstétricos: _____

3.9. Termo de responsabilidade: Responsabilizo-me por todas às informações prestadas: _____



4. ANTECEDENTES FAMILIARES: (deverá ser preenchido pelo candidato)

		IDADE	CONDIÇÕES DE SAÚDE (OU CAUSA MORTE)
4.1.	Pai:	_____	_____
4.2.	Mãe:	_____	_____
4.3.	Cônjuge:	_____	_____
4.4.	Nº Filhos	_____	_____
4.5.	Nº Irmãos	_____	_____

5. EXAME CLÍNICO – FÍSICO (será preenchido pelo Médico no ato da Perícia)

5.1. Estado Geral _____ Peso: _____ Altura _____

5.2. Ap. Circulatório Pulso _____

5.3. Ausculta Cardíaca _____

5.4. Ap. Respiratório: _____

5.5. Abdome: _____

5.6. Sistema Osteoarticular: _____

5.7. Sistema Neurológico e Otológico: _____

5.8. Exames complementares e pareceres especializados (anotar resultados):

5.9. OBS: _____



6. PARECER MÉDICO PERICIAL FINAL

6.1. () Apto

6.2. () Retido

SOLICITADO _____

6.3. () Inapto

Senador Canedo-Go, _____ de _____ de _____.

Médico Perito
(Assinatura e Carimbo)

VISTO

Presidente
Perícia Médica Municipal



ANEXO II

DECLARAÇÃO DE ACUMULAÇÃO DE CARGOS PÚBLICOS

De conformidade com os incisos XVI e XVII do artigo 37 da Constituição Federal do Brasil e Instrução Normativa nº 00010/15 do Tribunal de Contas dos Municípios, e responsabilizando penal e administrativamente por qualquer falsidade, incorreção ou omissão, o abaixo assinado **DECLARA** que no âmbito do Poder Público Federal, Estadual e Municipal, inclusive na administração direta ou indireta da administração pública e autarquias:

- () Não ocupo qualquer cargo, função ou emprego público.
- () Estou aposentado (a) em outro cargo/emprego público.
- () Ocupo o(s) seguinte(s) cargo(s) função ou emprego(s) público(s):

CARGO	
ÓRGÃO/ENTIDADE	
HORÁRIO DE TRABALHO	
LOCAL/ENDEREÇO	
UF	

DADOS DO CANDIDATO

NOME	
RG	CPF:
Nome da Mãe	
Endereço Residencial	
Telefone	Email:

Cidade, aos ____ de _____ de _____.

Assinatura do Candidato