

RELAÇÃO DE EXAMES MÉDICOS OBRIGATÓRIOS

Para emissão do Atestado de Saúde Ocupacional (A.S.O.), o candidato deverá obrigatoriamente, apresentar no ato do *exame para investidura em cargo público* (perícia admissional), os seguintes exames:

1- Exames Gerais (Todos os Cargos):

- 1.1 Avaliação Psiquiátrica – conforme modelo anexo I (emitida exclusivamente por psiquiatra);
- 1.2 Avaliação Oftalmológica – conforme modelo anexo II (emitida exclusivamente por oftalmologista);
- 1.3 Uréia/Creatinina
- 1.4 Hemograma/Glicemia;
- 1.5 TGO/TGP/GGT/ VDRL
- 1.6 Hbs Ag/Anti Hbs Ag/Anti-Hbc Total/Anti-HCV;
- 1.7 Imunofluorescência para Chagas.
- 1.8 Eletrocardiograma com laudo (a partir de 30 anos);
- 1.9 C.O.P. - Colpocitologia Onco-Parasitária (todas as mulheres);
- 1.10 Mamografia (35 anos ou mais);
- 1.11 P.S.A. – Antígeno Prostático Específico (homens a partir de 40 anos).

2- Exames Específicos (Além dos Exames Gerais contidos no item 1)

Para o Cargo de Professor Efetivo, Substituto e Visitante:

- 2.1 Videolaringoscopia;
- 2.2 Audiometria Tonal e Vocal.

Para os Cargos de Arquivista e Bibliotecário:

- 3.1 Teste alérgico de contato- PRICK-TEST (com laudo e parecer do alergista)

ATENÇÃO: AVISOS IMPORTANTES

PARA APRESENTAÇÃO DO CANDIDATO AO EXAME PARA INVESTIDURA EM CARGO PÚBLICO (PERÍCIA ADMISSIONAL) É OBRIGATÓRIO:

- O candidato deverá entrar em contato com o SIASS-UFG, pelo telefone **(62) 3209-6227**, a fim de agendar sua perícia admissional a partir do recebimento do edital de chamamento;
Endereço do SIASS-UFG: Rua 235, nº 561, Qd 70, Lt 30 – Setor Leste Universitário-Goiânia/GO-CEP: 74605050
- Apresentar-se ao SIASS-UFG no dia da perícia admissional, munido de documento oficial com foto e de todos os exames solicitados (gerais e específicos quando o cargo exigir);
- Além dos exames obrigatórios, outros exames e/ou pareceres poderão ser solicitados, sempre que o médico julgar necessário;
- Os exames serão custeados pelo candidato e poderão ser feitos em qualquer parte do território nacional. Fica o SIASS-UFG impedido de indicar/sugerir locais (clínicas, hospitais...) para a realização dos mesmos, por ser o Órgão responsável pela avaliação dos exames;
- Exames válidos por 90 dias: Itens 1.1 - 1.3 - 1.4 - 1.5 - 1.6 - 1.7 - 1.8 - 3.1;
- Exames válidos por 1 ano, caso não tenham apresentado nenhum tipo de alteração: Itens 1.2 - 1.9 - 1.10 - 1.11 - 2.1 - 2.2
- Os laudos e pareceres médicos deverão conter, de forma legível: a data dos exames, assinatura e CRM do (a) médico (a);
- Os resultados dos exames de sangue extraídos da internet serão aceitos desde que contenham a assinatura eletrônica;

A ausência de qualquer item solicitado impedirá o atendimento.

Caso ocorra, o candidato deverá solicitar ao SIASS-UFG, o agendamento de uma nova data, observando a data final estipulada na Convocação para Posse

CANDIDATA GESTANTE

A candidata gestante fica dispensada de apresentar a mamografia. Porém, deve trazer relatório completo do médico assistente (Ginecologista/Obstetra), sobre o histórico completo da gravidez desde o início e tempo de gestação.

ANEXO I - Avaliação Psiquiátrica

I - IDENTIFICAÇÃO:

1.1 - NOME: _____

1.2 - DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____ 1.3 - SEXO: _____

1.3 - FILIAÇÃO: _____

1.4 - NATURALIDADE: _____ 1.5 - NACIONALIDADE: _____

1.6 - DOC. IDENTIDADE Nº _____ DATA DE EXPEDIÇÃO: ____/____/____

ÓRGÃO EXPEDIDOR: _____ 1.7 - CPF: _____

1.8 - ESTADO CIVIL: _____

1.9 - ENDEREÇO: _____

1.10 - CIDADE: _____ 1.11 - ESTADO _____

2.0 - CARGO/FUNÇÃO: _____

II – EXAME PSIQUIÁTRICO: (Restrito ao Médico Psiquiatra)

2.1 – Você tem ou teve algum tipo de doença mental ou nervosa? () Sim () Não

2.2 – Em caso afirmativo, quando isso ocorreu e durante quanto tempo?

2.3 - Necessitou de tratamento? Medicamentoso? Internação? Psicoterapia?

2.4 – Condições de nascimento e desenvolvimento psicomotor na primeira infância?

2.5 – Exame Psíquico detalhado:

SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
SUBSISTEMA INTEGRADO DE ATENÇÃO À SAÚDE DO SERVIDOR
SIASS-UFG

2.6 - Considerações/Observações:

III - PARECER MÉDICO FINAL:

APTO INAPTO

DATA ___/___/___

Assinatura e Carimbo com Especialidade

ANEXO II - Avaliação Oftalmológica

I - IDENTIFICAÇÃO:

1.1 - NOME: _____
1.2 - DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____ 1.3 - SEXO: _____
1.3 - FILIAÇÃO: _____
1.4 - NATURALIDADE: _____ 1.5 - NACIONALIDADE: _____
1.6 - DOC. IDENTIDADE Nº _____ DATA DE EXPEDIÇÃO: ____/____/____
ÓRGÃO EXPEDIDOR: _____ 1.7 - CPF: _____
1.8 - ESTADO CIVIL: _____
1.9 - ENDEREÇO: _____
1.10 - CIDADE: _____ 1.11 - ESTADO _____
2.0 - CARGO/FUNÇÃO: _____

II – EXAME PSIQUIÁTRICO: (Restrito ao Médico Oftalmologista)

2.1- Acuidade visual com e sem correção:
OD: _____
OE: _____

2.2- Refração:
OD: _____
OE: _____

2.3- Biomicroscopia:
OD: _____
OE: _____

2.4 – Ectoscopia (reflexos pupilares/movimentos oculares)

2.5- Tonometria:
OD: _____
OE: _____

2.6- Fundoscopia:
OD: _____
OE: _____

2.7 - Considerações/Observações:

III - PARECER MÉDICO FINAL:

APTO INAPTO

DATA ____/____/____

Assinatura e Carimbo com Especialidade