

ORIENTAÇÕES PARA PERÍCIA ADMISSIONAL DOS (AS) PROFESSORES (AS) CONVOCADOS (AS) EM JUNHO DE 2021 – Fortaleza, 11 de junho de 2021

- Todos (as) os (as) candidatos (as) deverão comparecer à Coordenadoria de Perícia Médica - Copem, localizada à Av. Oliveira Paiva, 941, Cidade dos Funcionários, no dia e hora agendados, portando documento de identificação com foto e CPF, bem como todos os exames exigidos em edital e o Formulário de Antecedentes Clínico-Cirúrgicos devidamente preenchido e assinado.
- É obrigatório o uso de máscaras, observando a forma correta de sua utilização. As mesmas não poderão ser retiradas durante toda a permanência do (a) candidato (a) na coordenadoria.
- Atendendo às medidas de segurança para prevenção do novo coronavírus, não será realizada perícia fora do horário (e dia) agendado.
- Candidatos (as) com sintomas gripais ou outros que se configurem como suspeita de Covid, ou que tenham testado positivo para a doença, **NÃO DEVERÃO COMPARECER À PERÍCIA**, bastando informar os motivos à Seduc para que seja reagendada a perícia, através do canal convocacaoconcurso2@seduc.ce.gov.br . Nestes casos, será agendada uma nova data em dia subsequente ao último dia de perícia agendado.

PASSO A PASSO DA CHEGADA DO CANDIDATO À COPEM ATÉ O RECEBIMENTO DO RESULTADO DE PERÍCIA:

1. Conferência do nome, dia e horário na lista de agendamentos;
2. Recebimento de uma ficha de ordenação da fila;
3. Ao ser chamado pelo número, o (a) candidato (a) deverá realizar a entrega da documentação na recepção;
4. Aguardar nas cadeiras do corredor dos consultórios até ser chamado (a) pelo nome;
5. Atendimento no consultório com o (a) perito (a);
6. Espera na Recepção para entrega do resultado.



RELAÇÃO DOS EXAMES A SEREM ENTREGUES NA COORDENADORIA DE PERÍCIA MÉDICA DO ESTADO - COPEM

A realização dos exames a seguir discriminados ocorrerão às expensas dos (as) candidatos (as), para efeito da inspeção de saúde oficial, a que o (a) convocado (a) se submeterá na Coordenadoria de Perícia Médica do Estado -COPEM, situada em Fortaleza-Ceará, na Avenida Oliveira Paiva, nº 941 - Bloco C, Bairro Cidade dos Funcionários.

- a) Hemograma Completo com Plaquetas;
- b) Coagulograma completo com tempo de protrombina e tempo parcial de tromboplastina;
- c) Dosagens de Glicose, ureia, creatinina, ácido úrico, AST, ALT;
- d) Sumário de Urina;
- e) Raio X de tórax em PA com laudo;
- f) Eletrocardiograma com laudo;
- g) Audiometria;
- h) Laudo de Sanidade Mental, com Certificação da Qualificação do Profissional, expedido por médico (a) Psiquiatra;
- i) Eletroencefalograma com laudo;
- j) Exame Oftalmológico (acuidade visual, tonometria, senso cromático, fundo de olho, biomicroscopia).
- k) Laringoscopia com laudo;
- l) Os (as) candidatos (as) PcD, além dos exames acima, devem apresentar laudo médico de confirmação da deficiência emitido nos últimos doze meses (original ou cópia autenticada em cartório).
- m) Formulário de Antecedentes Clínico-Cirúrgicos devidamente preenchido e assinado (modelo nas próximas 2 páginas).

Além dos exames acima solicitados, outros exames, bem como pareceres especializados, poderão ser solicitados pelos peritos das admissões.

SECRETARIA DO PLANEJAMENTO – SEPLAG
COORDENADORIA DE PERICIA MÉDICA – COPEM
FORMULÁRIO PADRÃO SOBRE ANTECEDENTES CLÍNICOS – CIRÚRGICOS

Informações sigilosas e confidenciais em caráter obrigatório, sujeito às penalidades da lei no caso de preenchimento invertido intencional – art. 299 do código penal – Decreto Lei 2848/48

I – O (a) candidato (a) foi ou é portador (a) de:

1 – Doença infecto-contagiosa crônica com sintomas clínicos?

Não Sim. Qual? _____

2 – Moléstia psiquiátrica/depressão por período maior ou igual a 06 (meses)/internação psiquiátrica?

Não Sim. Qual? _____

3 – Patologia reumática crônica (reumatismo) com dor e inflamação articular?

Não Sim. Qual? _____

4 – Disfonia vocal/larintite crônica/ alergia respiratória/ Rouquidão crônica?

Não Sim. Qual? _____

5 – Anomalia congênita ou doença genética ou síndrome clínica com distúrbio psicomotor ou do aprendizado, retardado crescimento/desenvolvimento, paralisia cerebral ou má formação?

Não Sim. Qual? _____

II – O (a) candidato (a) sofreu ou sofre de:

1 – Doença venérea de transmissão sexual (DST)?

Não Sim. Qual? _____

2 – Cirurgia. Trauma ou sequela de traumatismo/fratura/paralisia?

Não Sim. Qual? _____

3 – Internação hospitalar prévia, cesariana, cirurgia, trauma, doença?

Não Sim. Qual? _____

4 – Hemorragia/ leucemia/ doença linfática/ anemia/ icterícia/ sangramento/ transfusão/ transplante?

Não Sim. Qual? _____

5 – Tumor/ câncer/ displasia mamária/ nódulo/ cisto/ neoplasia maligna comprovada por punção-biopsia/ citologia/ exame anátomo-patológico?

Não Sim. Qual? _____

6 – Angina/ arritmia/ isquemia/ dor precordial/ palpitação/ crise hipertensiva?

Não Sim. Qual? _____

III – O (a) candidato (a) fez ou faz uso crônico de medicação?

1 – Anti-hipertensiva, analgésico, anti-inflamatório, hormônio, insulina, corticóide, digitálico, diurético, vasodilatador, antialérgico, quimioterapia, radioterapia, transfusão, antibiótico, broncodilatador, antiácido, reposição hormonal de estrógeno e progesterona, quimioterápico para tuberculose, hanseníase, Aids, câncer?

Não Sim. Qual? _____

2 – Psicotrópica controlada: tranquilizante, antidepressivo, sonífero hipnótico, antipsicótico, narcótico, anticonvulsivante, estabilizador de humor, neuroléptico, lítio?



Não **Sim.** Qual? _____

3 – O (a) candidato (a) necessitou ou necessita, o uso de prótese/ órtese/ marcapasso/ válvula cardíaca/ transplante/ by-pass arterial/ membro mecânico/ transfusão/ aparelhos ópticos e de audição/ revascularização miocárdica ou angioplastia/ ponte de safena?

Não **Sim.** Qual? _____

4 – O (a) candidato (a) já foi impedido (a) de doar sangue por motivo de: sorologia positiva para qualquer infecção ou alcoolismo ou toxicomania ou insuficiência de órgão vital ou doença do sangue?

Não **Sim.** Qual? _____

Por ser verdade, firmo o documento.

Local/Data. _____, _____ / _____ / _____ Assinatura: _____