

**LISTA DE EXAMES PARA PERÍCIA ADMISSIONAL DOS (AS) PROFESSORES (AS) QUARTA
CONVOCAÇÃO - 07.01.2022**

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 – IMPRIMIR EM UMA ÚNICA FOLHA, SOMENTE FRENTE E VERSO).

O cronograma para comparecimento junto à Coordenadoria de Perícia Médica, situada na Avenida Oliveira Paiva, n.º 941 – Bloco C – Cidade dos Funcionários, em Fortaleza-CE, serão divulgados via site da Seduc (www.seduc.ce.gov.br). Além dos exames acima solicitados, outros exames, bem como pareceres especializados, poderão ser solicitados pelos peritos das admissões.



SECRETARIA DA EDUCAÇÃO

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/larinite 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: Fortaleza, _____ / _____ /2022 Assinatura: _____