

**ORIENTAÇÕES PARA PERÍCIA ADMISSIONAL DOS (AS) PROFESSORES (AS) CONVOCADOS (AS)
NO EDITAL DE CONVOCAÇÃO Nº 020/2023.**

- Todos (as) os (as) candidatos (as) deverão comparecer à Coordenadoria de Perícia Médica - Copem, localizada na **Av. Oliveira Paiva, 941 - Bloco C, Cidade dos Funcionários**, no dia e hora agendados, conforme Cronograma de Atendimento da Perícia Médica Admissional divulgado no [site da Seduc](#), 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.

PASSO A PASSO DA CHEGADA DO CANDIDATO À COPEM ATÉ O RECEBIMENTO DO RESULTADO (LAUDO) DA PERÍCIA:

1. Conferência do nome, dia e horário no cronograma de atendimento.
2. Recebimento de uma ficha de ordenação da fila.
3. Ao ser chamado (a) 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 – COPEM, DE ACORDO COM O ANEXO III DO EDITAL DE CONVOCAÇÃO Nº 020/2023.

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 expedido por médico Psiquiatra com o Registro de Qualificação de Especialista (RQE);
- i) Eletroencefalograma com laudo;
- j) Exame Oftalmológico (acuidade visual, tonometria, senso cromático, fundo de olho, biomicroscopia).
- k) Laringoscopia com laudo;
- l) Os candidatos PcD, além dos exames acima, devem apresentar laudo médico original ou cópia autenticada em cartório, emitido nos últimos doze meses, de confirmação da deficiência.
- m) Formulário de Antecedentes Clínico-Cirúrgicos devidamente preenchido e assinado (modelo nas próximas páginas).

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



CEARÁ
GOVERNO DO ESTADO

SECRETARIA DA EDUCAÇÃO

FORMULÁRIO PADRÃO SOBRE ANTECEDENTES CLÍNICO-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/laringite crônica/ alergia respiratória/ Rouquidão crônica?

Não Sim. Qual? _____

5. Anomalia congênita ou doença genética ou síndrome clínica com distúrbio psicomotor ou do aprendizado, retardo do 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-biópsia/ 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: _____