



SOLICITAÇÃO DE EXAMES PARA PERÍCIA PRÉ-ADMISSIONAL PORTARIA SMRH-PO Nº 420, de 27 de fevereiro de 2024

Quadro 1 - Cargo e Função

Promotor Plantonista de Saúde Pública
Serviço de Medicina em Pediatria – Plantonista (PPSPU03)

Quadro 2 - Exames Obrigatórios

I. DOCUMENTOS AUXILIARES EXIGIDOS PARA TODOS OS CANDIDATOS CONVOCADOS

- A. Documento de identificação válido;
- B. Cópia da carteira/caderneta de vacinação, e;
- C. Comprovante de atualização vacinal (emitido pelo Posto de Saúde, Unidade Básica de Saúde ou clínicas privadas de vacinação) conforme Calendário de Vacinação do Adulto e do Idoso instituído pelo Ministério da Saúde.

II. AVALIAÇÕES CLÍNICAS EXIGIDAS PARA TODOS OS CANDIDATOS CONVOCADOS

- A. AVALIAÇÃO PSIQUIÁTRICA (anexo III) realizada por médico especialista em psiquiatria (especialidade registrada no Conselho Regional de Medicina) com emissão de relatório constando a **descrição do exame psiquiátrico**, diagnóstico conforme a CID 10, conduta terapêutica, prognóstico e consequências à saúde do paciente (conforme **RESOLUÇÃO CFM n.º 1.658/2002** publicada no D.O.U. de 20 de dezembro de 2002, Seção I, pg. 422).
- B. AVALIAÇÃO OFTALMOLÓGICA (anexo IV) realizada por médico especialista em oftalmologia (especialidade registrada no Conselho Regional de Medicina) com emissão de relatório contendo, **no mínimo**:
 - a) exame da acuidade visual para longe e para perto, **sem correção**, com cada olho separadamente e com ambos os olhos simultaneamente (testes de Snellen, Jaeger ou semelhantes);
 - b) exame da acuidade visual para longe e para perto, **com correção**, com cada olho separadamente e com ambos os olhos simultaneamente (testes de Snellen, Jaeger ou semelhantes);
 - c) fundoscopia e/ou biomicroscopia
 - d) tonometria
 - e) avaliação da motricidade ocular
 - f) teste para visão em cores (censo cromático)
 - g) diagnóstico conforme a CID 10
 - h) conduta terapêutica
 - i) prognóstico
 - j) consequências à saúde do paciente (conforme **RESOLUÇÃO CFM n.º 1.658/2002** publicada no D.O.U. de 20 de dezembro de 2002, Seção I, pg. 422).

C. AVALIAÇÃO FUNCIONAL (anexo V) realizada por profissional fisioterapeuta devidamente registrado(a) no conselho de classe da categoria (CREFITO);

D. AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA (conforme anexo VI) realizada por psicólogo(a), devidamente registrado no Conselho Federal de Psicologia (CFP), respeitando a Resolução CFP nº 2/2016 e Resolução CFP nº 31, de 15 de dezembro de 2022.

III. EXAMES COMPLEMENTARES EXIGIDOS PARA TODOS OS CANDIDATOS CONVOCADOS

A. RAIOS-X DA COLUNA VERTEBRAL POR SEGMENTOS

a) 40802019 - RX COLUNA CERVICAL 2 INCIDENCIAS (AP + P), com laudo emitido por médico especialista em radiologia (especialidade registrada no Conselho Regional de Medicina).

b) 40802035 – RX COLUNA DORSAL 2 INCIDENCIAS (AP + P), com medida da angulação do grau para escoliose – com laudo emitido por médico especialista em radiologia (especialidade registrada no Conselho Regional de Medicina).

c) 40802051 – RX COLUNA LOMBO-SACRA 2 INCIDENCIAS (AP + P), com medida da angulação do grau para escoliose e laudo emitido por médico especialista em radiologia (especialidade registrada no Conselho Regional de Medicina).

B. EXAMES LABORATORIAIS:

a) 40403173 - GRUPO SANGUINEO ABO E RH

b) 40304361 - HEMOGRAMA COM CONTAGEM DE PLAQUETAS OU FRACOES (ERITROGRAMA, LEUCOGRAMA, PLAQUETAS)

c) 40304370 - HEMOSSEDIMENTACAO, (VHS)

d) 40302040 – GLICOSE

e) 40301605 - COLESTEROL TOTAL

f) 40301583 - COLESTEROL (HDL)

g) 40301591 - COLESTEROL (LDL)

h) 40302547 – TRIGLICERIDEOS

i) 40302580 – UREIA

j) 40301630 – CREATININA

k) 40301990 - GAMA-GLUTAMIL TRANSFERASE (GGT)

l) 40302504 - TRANSAMINASE OXALACETICA (TGO / AMINO TRANSFERASE ASPARTATO)

m) 40302512 - TRANSAMINASE PIRUVICA (TGP / AMINO TRANSFERASE DE ALANINA)

n) 40301150 - ACIDO URICO

o) 40316521 - TIREOESTIMULANTE, HORMONIO (TSH)

p) 40307760 - SIFILIS – VDRL

q) 40311210 - ROTINA DE URINA (CARACTERES FISICOS, ELEMENTOS ANORMAIS E SEDIMENTOSCOPIA)

IV. AVALIAÇÕES CLÍNICAS E EXAMES COMPLEMENTARES EXIGIDOS PARA CANDIDATOS(AS) COM 40 ANOS COMPLETOS OU MAIS:

A. AVALIAÇÃO CARDIOLÓGICA realizada por médico especialista em cardiologia (especialidade registrada no Conselho Regional de Medicina) com emissão de relatório médico contendo diagnóstico, conduta terapêutica, prognóstico e consequências à saúde do paciente (conforme **RESOLUÇÃO CFM n.º 1.658/2002** publicada no D.O.U. de 20 de dezembro de 2002, Seção I, pg. 422).

B. 40101010 - ECG CONVENCIONAL DE ATE 12 DERIVACOES

C. 40101037 - TESTE ERGOMETRICO COMPUTADORIZADO (INCLUI ECG BASAL CONVENCIONAL)

D. 40316149 - ANTIGENO ESPECIFICO PROSTATICO TOTAL (PSA) – PARA HOMENS

E. 40316130 - ANTIGENO ESPECIFICO PROSTATICO LIVRE (PSA LIVRE) – PARA HOMENS

V. DOCUMENTO AUXILIAR EXIGIDO PARA TODOS OS CANDIDATOS INSCRITOS COMO PESSOA COM DEFICIÊNCIA

A. Documento médico que atesta a deficiência (anexo VII - LAUDO CARACTERIZADOR DE DEFICIÊNCIA) conforme especificações contidas no edital do certame. O documento apresentado no ato da inscrição para comprovar a condição de Pessoa com Deficiência terá validade por um período de 1 (um) ano civil ou 365 (trezentos e sessenta e cinco) dias e, portanto, dentro desse prazo poderá ser apresentado também na Perícia Oficial Admissional, em sua forma original. Candidatos inscritos como Pessoa com Deficiência que, por ventura, sejam convocados após esse período, deverão apresentar um LAUDO CARACTERIZADOR DE DEFICIÊNCIA (anexo VII) atualizado, emitido em até 90 (noventa) dias antecedentes a data da convocação.

Quadro 3 - Exames Específicos

- 40307018 - Hepatite B - HbsAg (AU, antígeno australiana)
- 40306992 - Anti-Hbs
- 40307026 - Anti- Hcv

DA CANDIDATA GESTANTE OU EM ESTADO PUERPERAL

Art. 6º A candidata que, na data agendada para a realização da Perícia Oficial Admissional, estiver gestante ou se encontrar em estado puerperal de até 45 (quarenta e cinco) dias posteriores ao parto estará dispensada da realização dos exames de Raio X ou outros que possam oferecer risco à saúde fetal, da mulher grávida e da puérpera.

Parágrafo Único. A candidata que se encontrar em uma das situações elencadas no caput deste artigo deverá, em substituição ao exame de Raio X, apresentar em Perícia Oficial Admissional:

I - documento emitido por médico especialista em ortopedia que ateste a condição de saúde osteomuscular;

II - atestado emitido pelo médico obstetra assistente informando o tempo de gestação em que se encontra ou o tipo de parto a que foi submetida.

Art. 7º A candidata puérpera convocada para a Etapa Admissional poderá ter sua Perícia Admissional Oficial prorrogada em até 45 (quarenta e cinco) dias após a data do parto, a fim de que haja o reestabelecimento de sua condição física, a critério do médico perito.

Art. 8º A comprovação do tempo a que se referem os artigos 6º e 7º, desta Portaria, dar-se-á mediante apresentação, no ato da Perícia Oficial Admissional, de documento oficial que ateste o nascimento ou a ocorrência do parto.

* Todos os exames complementares solicitados devem vir acompanhados dos respectivos laudos. Os exames de RX e ultrassonografia deverão ter laudo emitido por médico especialista em radiologia (especialidade registrada no Conselho Regional de Medicina);

** Para os cargos em que é exigida a avaliação cardiológica, a mesma deve ser realizada por médico especialista em cardiologia (especialidade registrada no Conselho Regional de Medicina) com emissão de relatório médico contendo diagnóstico, conduta terapêutica, prognóstico e consequências à saúde do paciente (conforme **RESOLUÇÃO CFM n.º 1.658/2002** publicada no D.O.U. de 20 de dezembro de 2002, Seção I, pg. 422).

*** Os candidatos que, por terem 40 anos completos ou mais, já tiverem realizado o eletrocardiograma, o teste de esforço e a avaliação cardiológica conforme o item IV, não precisarão repeti-los para cumprimento a este item VI deste anexo.

ATENÇÃO

Fique atento(a) à data agendada para a perícia pré-admissional. A Diretoria de Saúde Ocupacional NÃO faz/produz qualquer exame, cabendo a esta apenas a avaliação pericial dos exames e laudos feitos pelo médico de confiança do(a) candidato(a).

Local: Av. Duque de Caxias, nº 333 – Prédio da CAAPSML

Compareça ao local indicado com antecedência de 15 minutos.

***Poderão ser solicitados novos exames a critério do Perito Oficial;**

****Todos os candidatos deverão comparecer na Perícia Admissional Oficial trajados com roupa apropriada para ginástica: mulheres com top feminino; e homens com bermuda ou calça moletom.**



ANEXO III
AVALIAÇÃO MÉDICA PSIQUIÁTRICA

Atesto para os devidos fins que o(a) candidato(a) _____
_____, portador do RG _____ e CPF _____, foi
por mim examinado(a) nesta data e apresenta as seguintes condições psíquicas:

Consciência: _____

Orientação: _____

Atenção: _____

Pensamento (curso, forma e conteúdo): _____

Comportamento: _____

Humor/afeto: _____

Coerência: _____

Relevância do pensamento: _____

Conteúdo ideativo: _____

Sensopercepção: _____

Hiperatividade: _____

Encadeamento de ideias: _____

Memória recente: _____

Memória remota: _____

Cognição/inteligência: _____

Capacidade de raciocínio e juízo crítico: _____

Linguagem: _____

Uso atual ou prévio de psicofármacos: _____

Tratamento psiquiátrico atual ou prévio: _____

Histórico de alucinações/comportamento agressivo: _____

História familiar de doenças psiquiátricas: _____

Uso de tabaco e/ou álcool: _____

Uso atual ou prévio de drogas ilícitas: _____

Diagnóstico (CID 10): _____

Conduta terapêutica: _____

Prognóstico: _____

Consequências à saúde do paciente: _____

Carimbo e assinatura do(a) médico(a) psiquiatra
CRM e RQE

_____/_____/_____.
Cidade-UF e data



ANEXO IV

AVALIAÇÃO MÉDICA OFTALMOLÓGICA

Atesto para os devidos fins que o(a) candidato(a) _____
_____, portador do RG _____ e CPF _____, foi
por mim examinado(a) nesta data e apresenta as seguintes condições oftalmológicas:

A. Acuidade visual para longe e para perto SEM correção:

Longe: OD _____ OE _____ AO _____

Perto: OD _____ OE _____ AO _____

B. Acuidade visual para longe e perto COM correção

Longe: OD _____ OE _____ AO _____

Perto: OD _____ OE _____ AO _____

C. Fundoscopia: OD () normal () alterada / OE () normal / () alterada; e/ou

Biomicroscopia: OD () normal () alterada / OE () normal / () alterada

D. Tonometria: OD _____ / OE _____

E. Motricidade ocular: OD () normal () alterada / OE () normal / () alterada

F. Senso cromático: OD () normal () alterada / OE () normal / () alterada

G. Diagnostico (CID 10): _____

H. Conduta terapêutica: _____

I. Prognóstico: _____

J. Consequências à saúde do paciente: _____

Carimbo e assinatura do(a) médico(a) oftalmologista
CRM e RQE

_____, ____/____/____.
Cidade-UF e data



ANEXO V

AVALIAÇÃO FUNCIONAL - FISIOTERAPEUTA

| | | |
|-----------------------------|-----------------------------|--|
| NOME COMPLETO: | | |
| RG (Nº e Estado Expedidor): | CPF: | DATA DE NASCIMENTO: |
| CARGO/FUNÇÃO: | | TELEFONE / CELULAR: |
| Nº DO EDITAL DE ABERTURA | Nº DO EDITAL DE CONVOCAÇÃO: | CANDIDATO PORTADOR DE DEFICIÊNCIA: () SIM NÃO () |

I. ANAMNESE

A. Tem queixa de dor em alguma parte do corpo? () NÃO / () SIM.

Assinalar com X o local da dor e ao lado indicar a intensidade da dor em cada ponto.





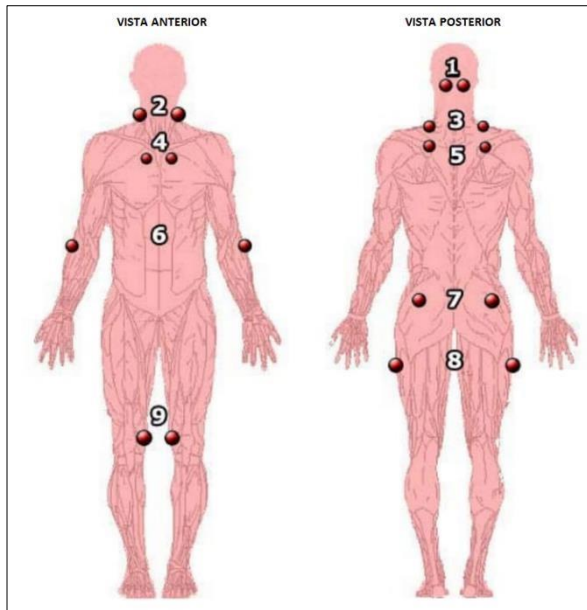
II. EXAME FÍSICO:

A. AVALIAÇÃO POSTURAL

- a. Cabeça-** () Alinhada || () Rodada para () D / () E || () Inclinação para () D / () E
() Protusa () Retraída. Observações: _____
- b. Coluna Cervical:** () Normal || () Retificada || () Hiperlordose.
Observações: _____
- c. Ombros-** () Alinhados || () Desalinhados: () D () E mais baixo
() Protuso: () D () E || () Retruso: () D () E. Observações: _____
- d. Clavículas-** () Alinhadas || () Elevada: () D () E || () Saliente: () D () E
- e. Cotovelos:** () Normais || () Valgo excessivo: () D / E () || Varo: () D / E ()
Observações: _____
- f. Antebraços-** () Neutros || () Pronado: () D / () E || () Supinado: () D / E ()
- g. Tórax-** () Normal || () Em tonel || () Pectus Excavatum || () Pectus Carinatum
Observações: _____
- h. Coluna Torácica-** () Retificada || () Normal || () Hiperlordose
- i. Processos espinhosos-** () Alinhados || () desviados para: () D / () E
- j. Escápulas-** () Normais || () Aduzida: () D / () E || () Abduzida: () D / () E
() Alada: () D / () E || () Elevada: () D / () E || () Deprimida: () D / () E
- k. Triângulo de Tales-** () Simétrico || Diminuído a: () D / () E.
- l. Coluna Lombar-** () Normal || () Retificada || () Hiperlordose
- m. Espinhas ilíacas ântero-superiores-** () Alinhadas || () Elevada: () D / () E.
- n. Pelve-** () Alinhada || () Rodada anteriormente a: () D / () E
() Neutra || () Em anteversão || () Em retroversão
- o. Joelhos-** () Normais || () Valgo: () D / () E || () Varo: () D / () E
() Em rotação medial: () D / () E || () Em rotação lateral: () D / () E
() Em hiperextensão || () Em genuflexão
- p. Patelas-** () Normais || () Lateralizada: () D / () E || () Medializada: () D / () E
() Elevada () D / () E
- q. Tornozelos-** () Alinhados || () Valgo: () D / () E || () Varo: () D / () E
- r. Pés-** () Normais || () Pronado: () D / () E || () Supinado: () D / () E || () Plano: () D / () E
() Cavo: () D / () E || () Antepé valgo: () D / () E || Antepé varo: () D / () E
- s. Halux-** () Normais || () Valgo: () D / () E || () Varo: () D / () E



B. PESQUISA DE TRIGGER POINTS/TENDER POINTS:



- 1- Inserção dos músculos sub-occipitais
- 2- Borda anterior dos espaços inter-transversais das vértebras C5-C7
- 3- Borda superior do músculo trapézio
- 4- Segunda costela, junto à articulação costovertebral
- 5- Origem do músculo supra-espinhal, acima da espinha da escápula
- 6- Dois centímetros distais ao epicôndilo lateral
- 7- Quadrante súpero-lateral da região glútea
- 8- Imediatamente posterior ao grande trocanter do fêmur
- 9- Interlinha medial do joelho

C. TROFISMO MUSCULAR

a. Geral- () Eutrófico || () Hipertrófico || () Atrófico

b. Atrofias segmentares- () Ausente || () Presente: _____

D. CIRTOMETRIA/PERIMETRIA

| MEMBROS SUPERIORES | MEDIDA EM CM | | MEMBROS INFERIORES | MEDIDA EM CM | |
|--------------------|--------------|----------|--------------------|--------------|----------|
| | Direito | Esquerdo | | Direito | Esquerdo |
| BRAÇO | | | COXA | | |
| ANTEBRAÇO | | | PANTURRILHA | | |

E. FLEXIBILIDADE

| MÚSCULO | D | E | MÚSCULO | D | E |
|----------------------|-------------|-------------|---------------------|-------------|-------------|
| Peitoral | () N () E | () N () E | Iliopsoas (deitado) | () N () E | () N () E |
| Bíceps braquial | () N () E | () N () E | Tríceps sural | () N () E | () N () E |
| Quadríceps (deitado) | () N () E | () N () E | Isquiotibiais | () N () E | () N () E |
| Quadríceps (em pé) | () N () E | () N () E | Cadeia posterior | () N () E | |

Legenda: N = normal e E = Encurtado

F. MARCHA- () Normal || () Alterada: _____

G. TESTE DE SENTAR E LEVANTAR DA CADEIRA

a. Candidato(a) consegue sentar e levantar da cadeira sem apoio 5 (vezes) sem intervalo?

() Sim || () Não: _____



H. INSPEÇÃO DINÂMICA

| MEMBROS SUPERIORES | | | | MEMBROS INFERIORES | | | |
|--------------------|-----------------|-------------|-------------|--------------------|-----------------|-------------|-------------|
| Estrutura | Movimento | D | E | Estrutura | Movimento | D | E |
| OMBRO | Flexão | ()N / ()A | ()N / ()A | QUADRIL | Flexão | ()N / ()A | ()N / ()A |
| | Extensão | ()N / ()A | ()N / ()A | | Extensão | ()N / ()A | ()N / ()A |
| | Abdução | ()N / ()A | ()N / ()A | | Abdução | ()N / ()A | ()N / ()A |
| | Adução | ()N / ()A | ()N / ()A | | Adução | ()N / ()A | ()N / ()A |
| | Rotação interna | ()N / ()A | ()N / ()A | | Rotação interna | ()N / ()A | ()N / ()A |
| | Rotação externa | ()N / ()A | ()N / ()A | | Rotação externa | ()N / ()A | ()N / ()A |
| COTOVELO | Flexão | ()N / ()A | ()N / ()A | JOELHO | Flexão | ()N / ()A | ()N / ()A |
| | Extensão | ()N / ()A | ()N / ()A | | Extensão | ()N / ()A | ()N / ()A |
| | Supinação | ()N / ()A | ()N / ()A | | Rotação interna | ()N / ()A | ()N / ()A |
| | Pronação | ()N / ()A | ()N / ()A | | Rotação externa | ()N / ()A | ()N / ()A |
| PUNHO | Flexão | ()N / ()A | ()N / ()A | TORNOZELO | Dorsiflexão | ()N / ()A | ()N / ()A |
| | Extensão | ()N / ()A | ()N / ()A | | Flexão plantar | ()N / ()A | ()N / ()A |
| | Desvio radial | ()N / ()A | ()N / ()A | | Inversão | ()N / ()A | ()N / ()A |
| | Desvio ulnar | ()N / ()A | ()N / ()A | | Eversão | ()N / ()A | ()N / ()A |
| COLUNA VERTEBRAL | | | | | | | |
| CERVICAL | Incl. lateral | ()N / ()A | ()N / ()A | LOMBAR | Incl. lateral | ()N / ()A | ()N / ()A |
| | Rotação | ()N / ()A | ()N / ()A | | Rotação | ()N / ()A | ()N / ()A |
| | Flexão | ()N / ()A | | | Flexão | ()N / ()A | |
| | Extensão | ()N / ()A | | | Extensão | ()N / ()A | |

Legenda: D = direito; E = esquerdo; N = normal; A = alterado

Para movimentos alterados, avaliar e especificar a mobilidade passiva e a goniometria: _____

I. FORÇA MUSCULAR (ESCALA MRC)

| MOVIMENTO / GRUPO MUSCULAR | DIREITO | ESQUERDO |
|-----------------------------------|-------------------------|-------------------------|
| Flexores do ombro | (0) (1) (2) (3) (4) (5) | (0) (1) (2) (3) (4) (5) |
| Extensores do ombro | (0) (1) (2) (3) (4) (5) | (0) (1) (2) (3) (4) (5) |
| Abdutores do ombro | (0) (1) (2) (3) (4) (5) | (0) (1) (2) (3) (4) (5) |
| Flexores do cotovelo | (0) (1) (2) (3) (4) (5) | (0) (1) (2) (3) (4) (5) |
| Extensores do cotovelo | (0) (1) (2) (3) (4) (5) | (0) (1) (2) (3) (4) (5) |
| Continua na próxima página | | |



| MOVIMENTO / GRUPO MUSCULAR | DIREITO | ESQUERDO |
|----------------------------|-------------------------|-------------------------|
| Flexores da mão | (0) (1) (2) (3) (4) (5) | (0) (1) (2) (3) (4) (5) |
| Extensores da mão | (0) (1) (2) (3) (4) (5) | (0) (1) (2) (3) (4) (5) |
| Flexores do quadril | (0) (1) (2) (3) (4) (5) | (0) (1) (2) (3) (4) (5) |
| Extensores do quadril | (0) (1) (2) (3) (4) (5) | (0) (1) (2) (3) (4) (5) |
| Flexores do joelho | (0) (1) (2) (3) (4) (5) | (0) (1) (2) (3) (4) (5) |
| Extensores do joelho | (0) (1) (2) (3) (4) (5) | (0) (1) (2) (3) (4) (5) |
| Abdominais | (0) (1) (2) (3) (4) (5) | (0) (1) (2) (3) (4) (5) |
| Extensores do tronco | (0) (1) (2) (3) (4) (5) | (0) (1) (2) (3) (4) (5) |

J. TESTES DE SALTO

- a. Candidato(a) consegue realizar salto bipodal SEM deslocamento: () Sim || () Não: _____
- b. Candidato(a) consegue realizar salto bipodal COM deslocamento: () Sim || () Não: _____
- c. Candidato(a) consegue realizar salto unipodal SEM deslocamento com o MID: () Sim || () Não: _____
- d. Candidato(a) consegue realizar salto unipodal SEM deslocamento com o MIE: () Sim || () Não: _____
- e. Candidato(a) consegue realizar salto unipodal COM deslocamento com o MID: () Sim || () Não: _____
- f. Candidato(a) consegue realizar salto unipodal COM deslocamento com o MIE: () Sim || () Não: _____

K. TESTES ESPECIAIS:

| OMBROS | | |
|---------------------------|---------------------------|---------------------------|
| TESTE | DIREITO | ESQUERDO |
| Teste de Hawkins-Kennedy | () Normal / () Alterado | () Normal / () Alterado |
| Teste de Neer | () Normal / () Alterado | () Normal / () Alterado |
| Teste de Apley | () Normal / () Alterado | () Normal / () Alterado |
| Teste do impacto de Yokum | () Normal / () Alterado | () Normal / () Alterado |
| Teste de Jobe | () Normal / () Alterado | () Normal / () Alterado |
| Teste de Yergarson | () Normal / () Alterado | () Normal / () Alterado |
| Teste de Patte | () Normal / () Alterado | () Normal / () Alterado |
| Teste de Gerber | () Normal / () Alterado | () Normal / () Alterado |
| Teste vascular de Adson | () Normal / () Alterado | () Normal / () Alterado |



| COTOVELOS | | |
|-------------------------------------|---------------------------|---------------------------|
| TESTE | DIREITO | ESQUERDO |
| Teste de Cozen | () Normal / () Alterado | () Normal / () Alterado |
| Teste de Mill | () Normal / () Alterado | () Normal / () Alterado |
| MÃOS E PUNHOS | | |
| TESTE | DIREITO | ESQUERDO |
| Teste de Finkelstein | () Normal / () Alterado | () Normal / () Alterado |
| Sinal de Tinel | () Normal / () Alterado | () Normal / () Alterado |
| Teste de Phalen | () Normal / () Alterado | () Normal / () Alterado |
| JOELHOS | | |
| TESTE | DIREITO | ESQUERDO |
| Teste de Lanchman | () Normal / () Alterado | () Normal / () Alterado |
| Teste da Gaveta Anterior | () Normal / () Alterado | () Normal / () Alterado |
| Teste de Estresse em Varo | () Normal / () Alterado | () Normal / () Alterado |
| Teste de Estresse em Valgo | () Normal / () Alterado | () Normal / () Alterado |
| Teste de Apley | () Normal / () Alterado | () Normal / () Alterado |
| Teste de McMurray | () Normal / () Alterado | () Normal / () Alterado |
| Sinal de Clarke | () Normal / () Alterado | () Normal / () Alterado |
| Teste de Rabot (compressão patelar) | () Normal / () Alterado | () Normal / () Alterado |
| QUADRIL | | |
| TESTE | DIREITO | ESQUERDO |
| Teste de Patrick-Fabere | () Normal / () Alterado | () Normal / () Alterado |
| Teste de Tredelemburg | () Normal / () Alterado | () Normal / () Alterado |
| Teste de Freiberg | () Normal / () Alterado | () Normal / () Alterado |
| COLUNA CERVICAL | | |
| TESTE | DIREITO | ESQUERDO |
| Teste de compressão de Apley | () Normal / () Alterado | () Normal / () Alterado |
| Teste de distração de Apley | () Normal / () Alterado | () Normal / () Alterado |
| Teste de Spurling | () Normal / () Alterado | () Normal / () Alterado |
| LOMBAR | | |
| TESTE | DIREITO | ESQUERDO |
| Teste de Lasègue | () Normal / () Alterado | () Normal / () Alterado |
| Teste de Kernig | () Normal / () Alterado | () Normal / () Alterado |
| Manobra de valsalva | () Normal / () Alterado | () Normal / () Alterado |



PERFIL PROFISSIONAL ADMISSÃO

PPSPU03 – CARGO: Promotor Plantonista de Saúde Pública - Serviço de Medicina em Pediatria – Plantonista

Personalidade – adequado, bom, elevado

Atenção (concentrada, difusa e dividida) - adequado, bom, elevado

Inteligência - adequado, bom, elevado

Habilidade mental para o trabalho - adequado, bom, elevado

Escala do suporte laboral – adequado, bom, elevado

Inventário de depressão – adequado, diminuído, ausente

JUSTIFICATIVA

A avaliação psicológica em concursos públicos e ou em processos seletivos de caráter público e privado, é regulamentada pelo Conselho Federal de Psicologia em sua resolução nº 2/2016, que no seu uso das atribuições legais e regimentais, baseada pela Lei nº 5.766, de 20 de dezembro de 1971, delibera em seu artigo primeiro, “A avaliação psicológica para fins de seleção de candidatos(as) é um processo sistemático, de levantamento e síntese de informações, com base em procedimentos científicos que permitem identificar aspectos psicológicos do(a) candidato(a) compatíveis com o desempenho das atividades e profissiografia do cargo.”(Resolução Nº 2/2016).

Segundo a RESOLUÇÃO Nº 31, DE 15 DE DEZEMBRO DE 2022, que estabelece diretrizes para a realização de Avaliação Psicológica no exercício profissional da psicóloga e do psicólogo, regulamenta o Sistema de Avaliação de Testes Psicológicos - SATEPSI e revoga a Resolução CFP nº 09/2018, discorre no capítulo das disposições preliminares que, “... Os testes psicológicos têm como objetivos identificar, descrever, qualificar e mensurar características psicológicas, por meio de procedimentos sistemáticos de observação e descrição do comportamento humano, nas suas diversas formas de expressão, acordados pela comunidade científica. Art. 8º O uso profissional dos testes psicológicos é privativo da psicóloga e do psicólogo, conforme estabelece o art. 13, da Lei 4.119, de



27 de agosto de 1962. Art. 9º O teste psicológico e o seu respectivo manual técnico constituem tecnologia profissional da Psicologia. Art. 10. Os testes psicológicos abarcam os seguintes instrumentos: I - testes; II - escalas; III - inventários; IV - questionários; V - métodos projetivos e expressivos. Art. 6º Os documentos decorrentes do processo de Avaliação Psicológica deverão ser elaborados em conformidade com as normas vigentes do CFP.

Os atributos psicológicos avaliados neste certame, estão relacionados a cada cargo e visam verificar aspectos cognitivos (nível intelectual, atenção e concentração, funções executivas); traços de personalidade (agressividade adequada, nível de ansiedade apropriada, depressão) e suporte laboral.

Deste modo, o resultado final da avaliação psicológica deverá apresentar “... evidências de validade para a descrição e/ou predição dos aspectos psicológicos compatíveis com o desempenho do candidato em relação às atividades e tarefas do cargo.”. Que neste certame o candidato será avaliado levando-se em consideração os seguintes índices almejados para cada cargo verificando na sua individualidade os seguintes parâmetros, ELEVADO (muito acima dos níveis medianos); BOM (acima dos níveis medianos); ADEQUADO (dentro dos níveis medianos); DIMINUÍDO (abaixo dos níveis medianos); AUSENTE (não apresenta as características elencadas).

REFERÊNCIAS

Produção de documentos em psicologia: práticas e reflexões teórico-criticas / organização Arlindo da Silva Lourenço, Marta Cristina Meirelles Ortiz, Sidney Kiyoshi Shine, -- 2. ed. – São Paulo: Vetor Editora, 2021.

<https://site.cfp.org.br/>

<https://atosoficiais.com.br/lei/avaliacao-psicologica-cfp?origin=instituicao>

<https://atosoficiais.com.br/lei/elaboracao-de-documentos-escritos-produzidos-pelo-psicologo-decorrentes-de-avaliacao-psicologica-cfp?origin=instituicao>

<https://atosoficiais.com.br/cfp/resolucao-do-exercicio-profissional-n-2-2016-regulamenta-a-avaliacao-psicologica-em-concurso-publico-e-processos-seletivos-de-natureza-publica-e-privada-e-revoga-a-resolucao-cfp-no-001-2002?origin=instituicao&q=concurso%20avalia%C3%A7%C3%A3o>



ANEXO III – LAUDO CARACTERIZADOR DE PESSOA COM DEFICIÊNCIA

I - IDENTIFICAÇÃO

a) NOME DO(A) CANDIDATO(A):

b) CARGO/FUNÇÃO:

c) RG:

d) UF:

e) CPF:

f) DATA DE NASCIMENTO: ____ / ____ / ____

g) SEXO: () FEMININO () MASCULINO

II – INFORMAÇÕES GERAIS SOBRE A DEFICIÊNCIA

a) CID RELATIVO À SEQUELA:

b) ORIGEM DA DEFICIÊNCIA:

() CONGÊNITA

() ADQUIRIDA: () ACIDENTE / DOENÇA DO TRABALHO () ACIDENTE COMUM () DOENÇA COMUM () PÓS-OPERATÓRIO

() OUTRA: _____

III – INFORMAÇÕES ESPECÍFICAS E DETALHADAS SOBRE A DEFICIÊNCIA

DESCRIÇÃO DETALHADA DAS ALTERAÇÕES FÍSICAS, SENSORIAIS, INTELECTUAIS E MENTAIS IDENTIFICADAS E AS INTERFERÊNCIAS FUNCIONAIS DELAS DECORRENTES. EXEMPLOS: i- ACUIDADE VISUAL COM CORREÇÃO [SNELLEN], CAMPO VISUAL EM GRAUS [INDICAR O ÂNGULO], INDICAR A NECESSIDADE DE ADAPTAÇÕES EM DOCUMENTOS OU EQUIPAMENTOS DE INFORMÁTICA; ii- CLASSIFICAÇÃO DA PERDA AUDITIVA, INDICAR O USO DE APARELHOS; iii- CLASSIFICAÇÃO DA FORÇA EM GRAUS [1 A 5], MOBILIDADE ARTICULAR EM GRAUS [INDICAR O ÂNGULO], INDICAR A NECESSIDADE DE USO DE ÓRTESES, PRÓTESES, CADEIRAS DE RODAS ETC.; iv- INDICAR AS HABILIDADES ADAPTATIVAS PREJUDICADAS NA DEFICIÊNCIA INTELECTUAL E MENTAL/PSICOSSOCIAL ETC.

ANEXAR EXAMES COMPLEMENTARES OBRIGATÓRIOS. UTILIZAR FOLHAS ADICIONAIS, SE NECESSÁRIO.

Blank lines for detailed description of the disability.

IV – ENQUADRAMENTO LEGAL

1. DEFICIÊNCIA FÍSICA - Alteração completa ou parcial de um ou mais segmentos do corpo humano, acarretando comprometimento da função física. Não inclui as deformidades estéticas e as que não produzam dificuldade para o desempenho de funções.

1.1. ALTERAÇÕES DE FORÇA

Obs. 1: Plegia é sinônimo de paralisia, ou seja, perda **total** da motricidade em que não existe contração muscular (força grau 0)

Obs. 2: Paresia é sinônimo de fraqueza, ou seja, perda **parcial** da motricidade (força grau I a IV)

| Descrição da alteração | Grau de força (Grau 0 / I / II / III / IV / V) |
|-----------------------------|---|
| • Membro superior direito: | |
| • Membro superior esquerdo: | |
| • Membro inferior direito: | |
| • Membro inferior esquerdo: | |

Obs.: Do Grau 3 para pior, tem-se significativa alteração da funcionalidade de membros superiores ou inferiores, o que permite o enquadramento. Para o Grau 4, há que se avaliar outras **alterações associadas**, não bastando a redução de força para enquadramento.

Assinale a opção correspondente (inclui os casos de paralisia cerebral)

| | |
|----------|---|
| a | Monoplegia - perda total das funções motoras de um só membro (inferior ou superior); |
| b | Monoparesia - perda parcial das funções motoras de um só membro (inferior ou superior); |
| c | Paraplegia - perda total das funções motoras dos membros inferiores; |
| d | Paraparesia - perda parcial das funções motoras dos membros inferiores; |
| e | Hemiplegia - perda total das funções motoras de um hemisfério do corpo (direito ou esquerdo); |
| f | Hemiparesia - perda parcial das funções motoras de um hemisfério do corpo (direito ou esquerdo); |
| g | Triplicia - perda total das funções motoras em três membros; |
| h | Triparesia - perda parcial das funções motoras em três membros; |
| i | Tetraplegia - perda total das funções motoras dos membros inferiores e superiores; |
| j | Tetraparesia - perda parcial das funções motoras dos membros inferiores e superiores; |

Alterações associadas (Obrigatório para força grau IV):

1.2. ALTERAÇÕES ARTICULARES (assinale a opção correspondente, inclusive para os casos de paralisia cerebral)

| | | | |
|----------|--|---------|----------|
| a | redução de mais de um terço dos movimentos da mandíbula | | |
| b | redução de mais de dois terços dos movimentos da coluna cervical | | |
| c | redução de mais de dois terços dos movimentos da coluna lombo sacra | | |
| d | redução de mais de um terço dos movimentos da articulação do ombro | Direito | Esquerdo |
| e | redução de mais de um terço dos movimentos da articulação do cotovelo | Direito | Esquerdo |
| f | redução de mais de um terço dos movimentos de pronação do antebraço | Direito | Esquerdo |
| g | redução de mais de um terço dos movimentos de supinação do antebraço | Direito | Esquerdo |
| h | redução de mais de dois terços dos movimentos do 1º e/ou 2º quirodáctilo desde que atingidas as articulações metacarpo-falangeana e falange-falangeana | Direito | Esquerdo |
| i | redução de mais de um terço dos movimentos da articulação coxo-femural/quadril | Direito | Esquerdo |
| j | redução de mais de um terço dos movimentos da articulação do joelho | Direito | Esquerdo |
| k | redução de mais de um terço dos movimentos da articulação tíbio-társica/tornozelo | Direito | Esquerdo |

1.3. AMPUTAÇÕES E/OU AUSÊNCIA DE MEMBROS

1.3.1. Membros superiores (assinale a opção correspondente)

| | | | |
|----------|---|---------|----------|
| a | perda de segmento ao nível ou acima (proximal) do carpo | Direito | Esquerdo |
| b | perda de segmento do 1º dedo (polegar) da mão, desde que atingida a falange proximal. | Direito | Esquerdo |
| c | perda de segmento do 2º dedo (indicador) da mão, desde que atingida a falange proximal. | Direito | Esquerdo |
| d | perda de segmentos de dois dedos da mão, desde que atingida a falange proximal em pelo menos um deles | Direito | Esquerdo |

especificar:

| | | | |
|----------|---|---------|----------|
| e | perda de segmento de três ou mais falanges de três ou mais dedos da mão | Direito | Esquerdo |
|----------|---|---------|----------|

especificar:

1.3.2. Membros inferiores (assinale a opção correspondente)

| | | | |
|----------|--|---------|----------|
| a | perda de segmento ao nível ou acima (proximal) do tarso/tornozelo | Direito | Esquerdo |
| b | perda de segmento do 1º dedo (hálux), desde que atingida a falange proximal | Direito | Esquerdo |
| c | perda de segmento de dois outros dedos, que tenha atingido a falange proximal em ambos | Direito | Esquerdo |

especificar:

| | | | |
|----------|---|---------|----------|
| d | perda de segmento de três ou mais falanges de três ou mais pododáctilos | Direito | Esquerdo |
|----------|---|---------|----------|

especificar:

1.4. ENCURTAMENTO DE MEMBRO INFERIOR (anexar escanometria)

| | | | |
|----------|---|---------|----------|
| a | Encurtamento superior a 4 (quatro) centímetros | Direito | Esquerdo |
| b | Encurtamento inferior a 4 (quatro) centímetros que altera significativamente a marcha comunitária | Direito | Esquerdo |

1.5. ALTERAÇÕES PERMANENTES DO APARELHO FONATÓRIO

| | |
|----------|--|
| a | fendas palatinas graus III e IV |
| b | extração de pregas vocais |
| c | gagueira grave ou dislalias que prejudicam significativamente a comunicação (anexar laudo fonoaudiológico) |

1.6. OSTOMIAS DEFINITIVAS (intervenção cirúrgica que cria um ostoma [abertura, ostio])

| | |
|----------|--|
| a | traqueostomia |
| b | () colostomia / () jejunostomia / () ileostomia |
| c | () urostomia / () nefrostomia |
| d | outra: |

1.7. NANISMO

| | |
|----------|--|
| a | Homem cuja altura não ultrapassa 1,45 metros. Altura: _____m |
|----------|--|

| | | | | | | | |
|---|--|---|--|---|----------------------------------|----|----------|
| b | Mulher cuja altura não ultrapassa 1,40 metros. Altura: _____ m | | | | | | |
| 1.8. PARALISIA CEREBRAL | | | | | | | |
| a | Alterações de força muscular conforme descrito no item 1.1. | | | | | | |
| b | Alterações articulares conforme descrito no item 1.2. | | | | | | |
| 2. DEFICIÊNCIA AUDITIVA (*obrigatório anexar exame de audiometria) | | | | | | | |
| a | Perda bilateral parcial ou total, de quarenta e um decibéis (41 dB) ou mais , aferida por audiograma, na média das frequências de 500Hz, 1.000Hz, 2.000Hz e 3.000Hz. | | | | | | |
| b | Perda unilateral total, de oitenta decibéis (80 dB) ou mais , aferida por audiograma, em cada uma das frequências de 500Hz, 1.000Hz, 2.000Hz e 3.000Hz. (Lei Nº 14.768, de 22 de dezembro de 2023) | | | | | | |
| 3. DEFICIÊNCIA VISUAL | | | | | | | |
| | AV OD (cc) AV OE (cc) | | | | | | |
| a | Cegueira ou acuidade visual menor ou igual a 0,05 (20/400) no melhor olho, com a melhor correção óptica. | | | | | | |
| b | Baixa Visão ou acuidade visual entre 0,3 (20/60) e 0,05 (20/400) no melhor olho, com a melhor correção óptica. | | | | | | |
| c | Monocular: acuidade visual menor ou igual a 0,05 (20/400) em um olho, com a melhor correção óptica. (Lei Nº 14.126, de 22 de março de 2021) | | | | | | |
| d | Limitação do campo visual quando a somatória da medida do campo visual em ambos os olhos for igual ou menor que 60º Campo visual OD: _____ graus / Campo visual OE: _____ graus. *Obrigatório anexar exame de campimetria | | | | | | |
| 4. DEFICIÊNCIA INTELECTUAL. *obrigatória avaliação por psiquiatra e/ou neurologista e/ou psicólogo | | | | | | | |
| a | Funcionamento intelectual significativamente inferior à média, com manifestação antes dos dezoito anos associado a limitação em duas ou mais áreas de habilidades adaptativas. | | | | | | |
| Habilidades adaptativas limitadas (duas ou mais) | | | | | | | |
| 01 | Comunicação | 03 | Habilidades sociais | 05 | Saúde e segurança | 07 | Lazer |
| 02 | Cuidado pessoal | 04 | Utilização dos recursos da comunidade | 06 | Habilidades acadêmicas | 08 | Trabalho |
| 5. DEFICIÊNCIA PSICOSSOCIAL. *obrigatória avaliação por psiquiatra e/ou neurologista e/ou psicólogo. | | | | | | | |
| Comprometimento (sequela) permanente nas funções e ou estruturas do corpo, decorrente de sequelas de transtornos ou doenças mentais e/ou lesões cerebrais , limitando a capacidade ou o desempenho, para atividades e participação em igualdade de acesso com as demais pessoas. Exclui transtornos psicóticos de curta duração, transtornos de humor e epilepsia controlada sem sequelas. | | | | | | | |
| a | Transtorno do Espectro Autista Lei nº 12.764/12 | deficiência persistente e clinicamente significativa da comunicação e da interação sociais, manifestada por deficiência marcada de comunicação verbal e não verbal usada para interação social; ausência de reciprocidade social; falência em desenvolver e manter relações apropriadas ao seu nível de desenvolvimento; padrões restritivos e repetitivos de comportamentos, interesses e atividades, manifestados por comportamentos motores ou verbais estereotipados ou por comportamentos sensoriais incomuns; excessiva aderência a rotinas e padrões de comportamento ritualizados; interesses restritos e fixos. | | | | | |
| b | Deficiência Psicossocial | Esquizofrenia. *Obrigatório indicar habilidades adaptativas limitadas | Outros transtornos mentais permanentes. *Obrigatório indicar habilidades adaptativas limitadas | Síndromes epiléticas refratárias ou com sequelas *(pela própria doença ou pelos tratamentos realizados) | | | |
| c | Deficit cognitivo originado após 18 anos | Funcionamento intelectual significativamente inferior à média, originado após os 18 anos, associado a limitação em duas ou mais áreas de habilidades adaptativas. *Obrigatório indicar habilidades adaptativas limitadas | | | | | |
| *Habilidades adaptativas limitadas (duas ou mais) | | | | | | | |
| 01 | Comunicação | 03 | Habilidades sociais | 05 | Saúde e segurança | 07 | Lazer |
| 02 | Cuidado pessoal | 04 | Utilização dos recursos da comunidade | 06 | Habilidades acadêmicas | 08 | Trabalho |
| 6. HABILITADO OU REABILITADO. *obrigatório anexar cópia do Certificado emitido pelo INSS. | | | | | | | |
| a | Pelo Centro de Habilitação do Deficiente ou de Reabilitação Profissional do INSS | | | | | | |
| 7. DEFICIÊNCIA MÚLTIPLA. Associação de duas ou mais deficiências. | | | | | | | |
| a | Deficiência física | c | Deficiência visual | e | Deficiência psicossocial | | |
| b | Deficiência auditiva | d | Deficiência intelectual | f | Habilitado ou Reabilitado (INSS) | | |
| Assinatura do candidato(a): | | Estou ciente de que estou me inscrevendo para concorrer às vagas destinadas a pessoas com deficiência conforme edital do certame indicado na primeira página deste documento e autorizo a colocação expressa do CID relativo a minha deficiência, bem como a divulgação do conteúdo deste laudo à Delegacia Regional do Trabalho. | | | | | |
| Local: _____ | | _____ Médico Especialista na Área da Deficiência Assinatura e Carimbo/CRM | | | | | |
| Data: ____ / ____ / ____ | | | | | | | |