



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE - UFCG
SUBSISTEMA INTEGRADO DE ATENÇÃO À SAÚDE DO SERVIDOR - SIASS-UFCG

RELAÇÃO DOS EXAMES A SEREM APRESENTADOS NA INSPEÇÃO MÉDICA OFICIAL PARA INVESTIDURA/REDISTRIBUIÇÃO EM CARGO PÚBLICO FEDERAL

1. EXAMES GERAIS:

| | |
|-----------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1.1 PARA TODOS OS CARGOS*: | 1.1.1 Hemograma; * 1.1.2 Glicemia de jejum; * 1.1.3 Colesterol – Total e Frações; * 1.1.4 Triglicérides; * 1.1.5 Creatinina; * 1.1.6 AST (Transaminase Glutâmica Oxalacética – TGO); * 1.1.7 ALT (Transaminase Glutâmica Pirúvica - TGP); * 1.1.8 GGT (Gama-Glutamil Transferase); * 1.1.9 Grupo sanguíneo-ABO e Fator Rh. * 1.1.10 Urina Tipo I (Elementos Anormais e Sedimentos - EAS); * 1.1.11 Raio-X de Tórax PA e Perfil com laudo (exceto gestante)** 1.1.12 Eletrocardiograma-ECG (com laudo do exame - não é necessário parecer cardiológico). ** |
|-----------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

2. EXAMES ESPECÍFICOS PARA TODOS OS CARGOS DENTRO DE CADA ÁREA (ALÉM DOS EXAMES GERAIS):

| | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 2.1 PARA OS CARGOS DE PROFESSORES EFETIVOS: (ACRESCENTAR AO QUADRO “1”) | 2.1.1 Avaliação otorrinolaringológica, acompanhada de laringoscopia e audiometria tonal com parecer médico de aptidão otorrinolaringológica**. |
| 2.2 PARA OS DA ÁREA DA SAÚDE (INCLUSIVE DOCENTES): (ACRESCENTAR AO QUADRO “1”) | 2.2.1 HBs Ag – Hepatite B (AU, antígeno austrália);* 2.2.2 Anti-HBs (anti-antígeno de superfície);* 2.2.3 Anti-HBc IgG (anti-core IgG ou Acoreg);* 2.2.4 Anti-HBc IgM (anti-core IgM ou Acorem);* 2.2.5 Anti-HCV – Hepatite C.* |
| 2.3 PARA OS DA ÁREA DE RADIOLOGIA: (ACRESCENTAR AO QUADRO “1”) | 2.3.1 TSH–Hormônio Tireoestimulante;* 2.3.2 T4 livre–Tiroxinalivre;* 2.3.3 Beta HCG (mulheres) – recente (<30 dias). 2.3.4 Espermograma (caracteres físicos, pH, fluidificação, motilidade, vitalidade, contagem e morfologia) (homens).* |
| 2.4 PARA OS MANIPULADORES DE ALIMENTOS DA ÁREA DE NUTRIÇÃO: (ACRESCENTAR AO QUADRO “1”) | 2.4.1 Coprocultura: Salmonella, Shigella, e E.Coli enteropatogênicas (sorologia incluída); * 2.4.2 Parasitológico de fezes. * |
| 2.5 PARA OS DE IDADE IGUAL OU SUPERIOR A 45 ANOS: (ACRESCENTAR AO QUADRO “1”) | 2.5.1 Pesquisa de sangue oculto nas fezes - método imunocromatográfico*. |
| 2.6 PARA CARGOS NAS ÁREAS DE ENGENHARIA AGRÔNOMICA/AGRÍCOLA: (ACRESCENTAR AO QUADRO “1”) | 2.6.1 Colinesterase e eritrocitárie plasmática.* |
| 2.7 PARA CARGOS NAS ÁREAS DE MEDICINA VETERINÁRIA E ZOOTECNIA: (ACRESCENTAR AO QUADRO “1”) | 2.7.1 Brucela (IGM e IGG).* |

* Devem ter retroatividade máxima de 60 dias.

** Devem ter retroatividade máxima de 120 dias

3. CONTROLE VACINAL

| | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 3.1 CARTÃO DE VACINAÇÃO***: *** Atualizado conforme esquema de vacinação do Ministério da Saúde para os adultos | - Vacinas dT Adulto (Anti diftéria e tetano); Anti-Hepatite B; Triplice Viral (Anti Sarampo, Caxumba e Rubéola); Anti-Covid19; Influenza (Conforme grupo a qual pertence). - ÁREA DE MEDICINA VETERINÁRIA: Vacinas dTpa (Anti-difteria, tetano e coqueluche acelular) e Antirrábica Humana. |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE - UFCG
SUBSISTEMA INTEGRADO DE ATENÇÃO À SAÚDE DO SERVIDOR - SIASS-UFCG

4. PARA OS INGRESSANTES DO QUADRO DE PESSOAS COM DEFICIÊNCIA (PcD), ALÉM DO ELENCAO NOS QUADROS “1”, “2” E “3”, SERÁ EXIGIDO TAMBÉM NO ATO DA AVALIAÇÃO:

| | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 4.1 LAUDO MÉDICO original ou autenticado em cartório, emitido pelo profissional de saúde assistente do interessado e especialista no tipo de deficiência alegada. (Laudo Médico com retroatividade de até 12 meses anteriores ao dia da avaliação). | |
| 4.2 NESTE LAUDO MÉDICO DEVERÁ CONSTAR, DE FORMA PORMENORIZADA: | <ul style="list-style-type: none">• Descrição detalhada da deficiência (espécie da deficiência, provável causa, etc.);• Áreas ou funções afetadas (quando for o caso);• O diagnóstico (com expressa referência ao código correspondente da CID-10);• Tratamento instituído;• O grau da deficiência;• Limitações funcionais ou Classificação Internacional da Funcionalidade (CIF);• Prognóstico. |

5. EXAMES ESPECÍFICOS PARA CANDIDATOS PcD:

| | |
|-------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 5.1 DEFICIÊNCIA FÍSICA | <i>Os (As) candidatos(as) com Deficiência Física, exceto as deformidades estéticas e as que não produzam dificuldades para o desempenho de funções, devem apresentar Laudo Médico de especialista e exames comprobatórios que comprovem a deficiência, com retroatividade máxima preferencialmente de até 12 (doze) meses anteriores ao dia da avaliação pericial. Em conformidade com os critérios estabelecidos no Item “4.2”.</i> |
| 5.2 DEFICIÊNCIA AUDITIVA | <i>Os (As) candidatos(as) com Deficiência Auditiva, devem apresentar Laudo Médico de especialista e laudo original do exame de AUDIOMETRIA recente, com aferimento por AUDIOGRAMA nas frequências de 500Hz, 1.000Hz, 2.000Hz e 3.000Hz, realizado preferencialmente até 12 (doze) meses anteriores ao dia da avaliação pericial e do relatório do(a) otorrinolaringologista. Em conformidade com os critérios estabelecidos no item “4.2”.</i> |
| 5.3 DEFICIÊNCIA VISUAL | <i>Os (As) candidatos(as) com Deficiência Visual, devem apresentar Laudo Médico de especialista acompanhado do original do exame de ACUIDADE VISUAL, pela tabela de Snellen, com a melhor correção óptica, em ambos os olhos (AO), patologia e somatória do campo visual em graus, recente, realizado preferencialmente até 12 (doze) meses anteriores ao dia da avaliação pericial. Em conformidade com os critérios estabelecidos no item “4.2”.</i> |
| 5.4 DEFICIÊNCIA INTELLECTUAL | <i>Os (As) candidatos(as) com Deficiência Intelectual, devem apresentar Laudo Médico de especialista juntamente com o TESTE DE AVALIAÇÃO COGNITIVA (INTELLECTUAL), especificando o grau ou nível de funcionamento intelectual em relação à média, emitido por Médico(a) Psiquiatra/Neurologista, realizado preferencialmente até 12 (doze) meses anteriores ao dia da avaliação pericial. Em conformidade com os critérios estabelecidos no item “4.2”.</i> |
| 5.5 DEFICIÊNCIA MÚLTIPLA | <i>Para os(as) candidatos(as) com Deficiência Múltipla, devem apresentar documentos comprobatórios, tais como: Laudo Médico de Especialista, exames que comprovem as deficiências alegadas, etc., realizado preferencialmente até 12 (doze) meses anteriores ao dia da avaliação pericial. Em conformidade com os critérios estabelecidos no item “4.2”.</i> |



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE - UFCG
SUBSISTEMA INTEGRADO DE ATENÇÃO À SAÚDE DO SERVIDOR - SIASS-UFCG

| | |
|-------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 5.6 TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA (TEA) | <i>Para os(as) candidatos(as) no Transtorno do Espectro Autista (TEA), o Laudo Médico deverá vir acompanhado de documentos que comprovem o transtorno (Laudo Médico de Especialista), e possui prazo de validade indeterminado, desde que observados os requisitos estabelecidos na legislação pertinente. Em conformidade com os critérios estabelecidos no item “4.2”.</i> |
| 5.7 FIBROMIALGIA E DOENÇAS CORRELATAS | <i>Para os(as) candidatos(as) com Fibromialgia e doenças correlatas, o Laudo médico deverá vir com a identificação do candidato, diagnóstico preciso: Descrição clara do diagnóstico apresentado; Descrição dos sintomas: Relato detalhado da dor crônica generalizada, fadiga, distúrbios do sono e outras manifestações; Impacto Funcional: Descrição das limitações físicas e cognitivas, demonstrando como a doença afeta a realização de tarefas diárias. Histórico de tratamento: Descrição das terapêuticas já adotadas, medicamentos utilizados e a evolução clínica. Conclusão médica: Parecer técnico do médico (reumatologista ou especialista) sobre a condição crônica. Assinatura e carimbo: Com CRM legível e data de emissão. O Laudo Médico de Especialista possui prazo de validade indeterminado, desde que observados os requisitos estabelecidos na legislação pertinente. Em conformidade com os critérios estabelecidos no item “4.2”.</i> |

IMPORTANTE!

1. A perícia é solicitada a fazer avaliação para fins de constatação de deficiência nas seguintes situações:
 - a. Avaliação Médica Admissional de Pessoas com Deficiência (PcD) para investidura em cargo público federal, independente da aprovação por reserva de vaga ou não.
 - b. Deficiência do servidor, com vistas à concessão de horário especial (Art.98, §2º, da Lei nº.8.112/1990);
 - c. Deficiência de cônjuge, filho ou dependente do servidor, com vistas à concessão de horário especial do servidor, sem a exigência da compensação de horário (Art.98, §3º da Lei nº.8.112/1990 e Redação dada pela Lei nº.13.370, de 2016;
2. Fica a critério da Junta Médica solicitar exames complementares, assim como requerer avaliação por Assistentes Sociais e/ou Psicólogos.
3. A avaliação da deficiência, quando necessária, será biopsicossocial, realizada por equipe multiprofissional e interdisciplinar e considerará: (*Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015*)
 - I. Os impedimentos nas funções e nas estruturas do corpo;
 - II. Os fatores socioambientais, psicológicos e pessoais;
 - III. A limitação no desempenho de atividades; e
 - IV. A restrição de participação.

OBS.: O SIASS – Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor, não subsidia nenhum destes exames e, por razões éticas, não indica médicos, laboratórios ou clínicas.

OBS.²: Durante a avaliação pericial, caso seja necessário, exames complementares poderão ser solicitados aos ingressantes/interessados com o intuito de elucidação diagnóstica.

Para maiores informações entre em contato com o SIASS-UFCG:

Site: <https://www.siasm.ufcg.edu.br>

E-mail: siasm@setor.ufcg.edu.br ou informativo.siasm@setor.ufcg.edu.br

Tel.: 83 2101-1686

JOYCE WADNA RODRIGUES DE SOUZA
Coordenação do SIASS/UFCG