



PREFEITURA MUNICIPAL DE MUNDO NOVO

ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL

"Governo Popular e Participativo"

DECRETO Nº 2.632/2006

**"DISPÕE SOBRE PERÍCIA MÉDICA  
ADMISSIONAL PARA POSSO EM CARGO  
PÚBLICO."**

**HUMBERTO CARLOS RAMOS AMADUCCI**, Prefeito Municipal de Mundo Novo, Estado de Mato Grosso do Sul, no uso de suas atribuições legais, e com fundamento no artigo 19 da Lei Complementar Municipal 001/90, e ainda,

**DECRETA**

**Art. 1º**- A perícia médica admissional, no âmbito da administração pública do Poder Executivo do Município de Mundo Novo, para todos que pretendam nela ingressar, rege-se por este Decreto.

**Art. 2º** - A perícia médica admissional, que deverá preceder à posse em cargo público, avaliará a aptidão para o desempenho das atividades inerentes ao cargo a ser desempenhado.

**Art. 3º** - Compete à Junta Médica Admissional, a realização da perícia médica.

**§ 1º** - A Junta Médica Admissional será composta por 03 (três) profissionais da área médica, nomeados por ato do Prefeito Municipal, devendo, no mínimo, um deles, ser ocupante de cargo em provimento efetivo.

**§ 2º** - Havendo necessidade, os profissionais descritos no § 1º, poderão ser substituídos.

**Art. 4º** - Na realização da perícia médica admissional, será emitido laudo médico pericial, conforme Anexo I, levando-se em consideração os exames médicos a serem apresentados pelos candidatos na ocasião.

**Parágrafo único** - A Junta Médica Admissional poderá exigir exames complementares, se assim julgar necessário, ficando suspensa a emissão do parecer final sobre a aptidão, até a análise dos exames.



# PREFEITURA MUNICIPAL DE MUNDO NOVO

ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL

*"Governo Popular e Participativo"*

---

**Art. 5º** - Compete à autoridade que der posse ao nomeado para o cargo público, exigir o resultado de aptidão para o cargo, sob pena de responsabilização administrativa.

**Art. 6º** - Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação, ficando revogadas as disposições em contrário.

GABINETE DO PREFEITO MUNICIPAL DE MUNDO  
NOVO-MS., 02 DE MARÇO DE 2.006

  
**Humberto Carlos Ramos Amaducci**  
PREFEITO MUNICIPAL

# PERÍCIA MÉDICA ADMISSIONAL

IDENTIFICAÇÃO			
NOME		INSCRIÇÃO/CARGO	
IDADE	SEXO <input type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMININO	ESTADO CIVIL <input type="checkbox"/> SOLTEIRO <input type="checkbox"/> CASADO <input type="checkbox"/>	
IDENTIDADE	ÓRGÃO EXPEDIDOR	UF	MUNICÍPIO

ANAMNESE GERAL	
SINTOMATOLOGIA	
ANTECEDENTES PESSOAIS <input type="checkbox"/> DOENÇAS E CIRURGIAS ANTERIORES <input type="checkbox"/> HÁBITOS <input type="checkbox"/> ACIDENTES DE SERVIÇO/DOENÇAS	
ESPECIFICAR ANTECEDENTES PESSOAIS	
ANTECEDENTES FAMILIARES <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	ESPECIFICAÇÃO DOS ANTECEDENTES FAMILIARES
OBSERVAÇÕES	
AUTENTICAÇÃO	
Declaro para os devidos fins, a veracidade das informações fornecidas ao profissional de saúde, responsável por esta perícia médica, ciente de que a prestação de informações falsas implicará responsabilidade, na forma da lei, e nulidade deste ato.	
Local e data	Assinatura do Candidato

BIOMETRIA			
<b>EXAMES LABORATORIAIS APRESENTADOS</b>			
<input type="checkbox"/> HEMOGRAMA COMPLETO	<input type="checkbox"/> CREATININA	<input type="checkbox"/> ABO +RH	<input type="checkbox"/> URINAS (EAS)
<input type="checkbox"/> GLICOSE	<input type="checkbox"/> COLESTEROL	<input type="checkbox"/> BETA HCG	<input type="checkbox"/> PARASITOLÓGICO
<input type="checkbox"/> URÉIA	<input type="checkbox"/> MACHADO GUERREIRO	<input type="checkbox"/> BILIRRUBINAS	<input type="checkbox"/> TOXICOLÓGICO
<input type="checkbox"/> ACÍDO ÚRICO	<input type="checkbox"/> VDRL	<input type="checkbox"/> TGP/TGO	<input type="checkbox"/> OUTROS
OUTROS - ESPECIFICAR			
<b>EXAMES COMPLEMENTARES - SOLICITADOS</b>			
<input type="checkbox"/> ELETROENCEFALOGRAMA	<input type="checkbox"/> OFTALMOLÓGICOS		
<input type="checkbox"/> ELETROCARDIOGRAMA	<input type="checkbox"/> OTORRINOLARINGOLÓGICOS		
<input type="checkbox"/> ECOCARDIOGRAMA	<input type="checkbox"/> AUDIOMETRIA TONAL		
<input type="checkbox"/> RX TÓRAX	<input type="checkbox"/> OUTROS		
OUTROS - ESPECIFICAR			

**EXAME DO APARELHO CARDIOVASCULAR**

FREQUÊNCIA CARDÍACA

PRESSÃO ARTERIAL

AUSCULTURA CARDÍACA

VASCULOPATIAS

OBSERVAÇÕES

**EXAME DO APARELHO RESPIRATÓRIO**

FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA

AUSCULTURA PULMONAR

OBSERVAÇÕES

**EXAME DO APARELHO OSTEOMUSCULAR**

DESVIO DA COLUNA VERTEBRAL

ARTROPATIAS

OSTEOPATIAS

DEFORMIDADES E LIMITAÇÕES

OBSERVAÇÕES

**DIAGNÓSTICO DO EXAME CLÍNICO****PARECER FINAL**

O CANDIDATO ESTÁ

 APTO INAPTO

JUSTIFICATIVA DA INAPTIÇÃO

Local e Data

Médico

CRM

Local e Data

Médico

CRM

Local e Data

Médico

CRM

