

## TABELA DE EXAME COMPLEMENTAR POR FUNÇÃO E VACINAS

FUNÇÃO	EXAMES NECESSÁRIOS	VALIDADE
<b>Médicos</b> <b>Enfermeiros</b> <b>Técnico em Enfermagem</b> <b>Farmacêutico Clínico</b> <b>Fisioterapeuta</b> <b>Fonoaudiólogo</b> <b>Terapeuta</b> <b>Ocupacional Psicólogo</b>  <b>Assistente Social</b>  Incluindo chefe de serviço	<b>Avaliação clínica;</b>	
	<b>Hemograma completo;</b>	Até 90 dias
	<b>AntiHBS;</b>	Até 365 dias.
	<b>Cartão de vacinas atualizado, cópia E original:</b>	
	<b>Hepatite-3 doses</b>	
	<b>Febre Amarela-1 dose</b>	
	<b>DT(Antitetânica e Antidiftérica)-1 dose(Dentro do período de 10 anos)</b>	
	<b>Tríplice Viral-2 doses</b>	
	<b>COVID19 – (2doses +doses de reforço)</b>	
<b>Influenza –(do ano vigente)</b>		
<b>Nutricionistas</b> <b>Técnico sem Nutrição</b>  Incluindo chefe de serviço.	<b>Avaliação clínica;</b>	
	<b>Hemograma completo</b>	Até 90 dias
	<b>Anti HBS</b>	Até 365 dias
	<b>Cartão de vacinas atualizado, cópia E original:</b>	
	<b>Hepatite-3 doses</b>	
	<b>Febre Amarela-1 dose</b>	
	<b>DT(Antitetânica e Antidiftérica)-1 dose (Dentro do período de 10 anos)</b>	
	<b>Tríplice Viral-2 doses</b>	
	<b>COVID19 – (2 doses +doses de reforço)</b>	
<b>Influenza – (do ano vigente)</b>		
<b>Técnicos de Farmácia e Farmacêuticos da Central de Quimioterápicos</b>  Incluindo chefe de serviço.	<b>Avaliação clínica;</b>	
	<b>Hemograma</b>	Até 90 dias
	<b>Creatinina</b>	Até 90 dias
	<b>TGO</b>	Até 90 dias
	<b>TGP</b>	Até 90 dias
	<b>Cartão de vacinas atualizado, cópia E original:</b>	
	<b>Hepatite - 3 doses</b>	
	<b>Febre Amarela -1 dose</b>	
	<b>DT(Antitetânica e Antidiftérica)-1 dose (Dentro do período de 10 anos)</b>	
	<b>Tríplice Viral - 2 doses</b>	

	<b>COVID19</b> – (2doses +doses de reforço)	
	<b>Influenza</b> –(do ano vigente)	
<b>Analista Administrativo</b> <b>Assistente Administrativo</b>  <b>Auxiliar Administrativo E demais funções administrativas</b>  Incluindo candidatos as funções de Gerência, coordenação ou quaisquer outras funções de gestão.  Excluindo os Chefes de Serviço.	<b>Avaliação clínica;</b>	
	<b>Cartão de vacinas atualizado, cópia E original:</b>	
	<b>Hepatite</b> -3doses	
	<b>Febre Amarela</b> –1 dose	
	<b>DT</b> (Antitetânica e Antidiftérica) - 1 dose (Dentro do período de 10 anos)	
	<b>Tríplice Viral</b> - 02doses	
	<b>COVID19</b> – (2 doses+doses de reforço)	
	<b>Influenza</b> – (do ano vigente)	
<b>Artífice</b>	<b>Avaliação clínica;</b>	
	Hemograma;	Até 90 dias
	Glicemia de Jejum;	Até 90 dias
	TGO;	Até 90 dias
	TGP;	Até 90 dias
	Creatinina;	Até 90 dias
	Dosagem de Ácidos Hipúrico* e Meti lHipúrico na urina*	Até 90 dias
	Anti-HBs;	Até 365 dias
	Acuidade Visual*	Até 90 dias
	Audiometria*	Até 90 dias
	ECG*	Até 90 dias
	EEG *	Até 90 dias
	Espirometria*	Até 90 dias
	Rx Tórax*	Até 90 dias
	Raio X de coluna vertebral*	Até 90 dias
	<b>Cartão de vacinas atualizado, cópia e original:</b>	
	<b>Hepatite</b> - 03doses	
	<b>Febre Amarela</b> – 01 dose	
	<b>DT</b> (Antitetânica e Antidiftérica) - 1 dose (Dentro do período de 10 anos)	
	<b>Tríplice Viral</b> - 2doses	
	<b>COVID19</b> – (2doses +doses de reforço)	
	<b>Influenza</b> – (do ano vigente)	
<b>Motorista</b>	<b>Avaliação clínica;</b>	
	Audiometria (Referencial)*	Até 90 dias
	Anti-Hbs	Até 365 dias

	Acuidade Visual*	Até 90 dias
	ECG (Eletrocardiograma)*	Até 90 dias
	EEG (Eletroencefalograma)*	Até 90 dias
	Glicemia	Até 90 dias
	Hemograma	Até 90 dias
	Toxicológico*	Até 60 dias
	<b>Cartão de vacinas atualizado, cópia e original:</b>	
	<b>Hepatite - 3doses</b>	
	<b>Febre Amarela – 1 dose</b>	
	<b>DT</b> (Antitetânica e Antidiftérica) -1 dose (Dentro do período de 10 anos)	
	<b>Tríplice Viral – 2 doses</b>	
	<b>COVID19 – (2 doses +doses de reforço)</b>	
	<b>Influenza –(do ano vigente)</b>	
<b>AnatomiaPatológica</b>	<b>Avaliação clínica;</b>	
ExcluindoosChefesde Núcleo.	Hemograma	Até 90 dias
	Anti-Hbs	Até 365 dias
	Creatinina	Até 90 dias
	TGO	Até 90 dias
	TGP	Até 90 dias
	Dosagem de ácido hipúrico e metil Hipúrico na urina*	Até 90 dias
	Dosagem de acetona na urina*	Até 90 dias
	<b>Cartão de vacinas atualizado, cópia e original:</b>	
	<b>Hepatite – 3 doses</b>	
	<b>Febre Amarela – 1 dose</b>	
	<b>DT</b> (Antitetânica e Antidiftérica) - 1 dose (Dentro do período de 10 anos)	
	<b>Tríplice Viral - 2doses</b>	
	<b>COVID19 – (2 doses + doses de reforço)</b>	
<b>Influenza–(do ano vigente)</b>		
<b>Radiologia</b>	<b>Avaliação clínica;</b>	
<b>Radioterapia</b>	Hemograma completo	Até 90 dias
<b>MedicinaNuclear</b>	Anti HBS	Até 365 dias
<b>Hemodinâmica</b>	Beta HCG quantitativo, se sexo feminino	Coletado no dia
ExcluindoosChefesde Núcleo.	<b>Cartão de vacinas atualizado, cópia E original:</b>	
	<b>Hepatite – 3 doses</b>	

	<b>Febre Amarela – 1 dose</b>	
	<b>DT</b> (Antitetânica e Antidiftérica) - 1 dose (Dentro do período de 10 anos)	
	<b>Tríplice Viral</b> -2 doses	
	<b>COVID19 – (2 doses + doses de reforço)</b>	
	<b>Influenza –(do ano vigente)</b>	
<b>AuxiliardeOrtopediaeGesso</b>	<b>Avaliação clínica;</b>	
ExcluindoosChefesde Núcleo.	Hemograma completo	Até 90 dias
	AntiHBS	Até 365 dias
	Espirometria*	Até 90 dias
	Radiografia de Tórax*	Até 90 dias
	<b>Cartão de vacinas atualizado, cópia E original:</b>	
	<b>Hepatite – 3 doses</b>	
	<b>Febre Amarela – 1 dose</b>	
	<b>DT</b> (Antitetânica e Antidiftérica) - 1 dose (Dentro do período de 10 anos)	
	<b>Tríplice Viral – 2 doses</b>	
<b>COVID 19 – (2 doses + doses de reforço)</b>		
<b>Influenza – (do ano vigente)</b>		
<b>Maqueiro</b>	<b>Avaliação clínica;</b>	
ExcluindoosChefesde Núcleo.	Hemograma completo	Até 90 dias
	AntiHBS	Até 365 dias
	Raio X de coluna vertebral	Até 90 dias
	<b>Cartão de vacinas atualizado, cópia E original:</b>	
	<b>Hepatite – 3 doses</b>	
	<b>Febre Amarela – 1 dose</b>	
	<b>DT</b> (Antitetânica e Antidiftérica) - 1 dose (Dentro do período de 10 anos)	
	<b>Tríplice Viral</b> - 2 doses	
	<b>COVID 19 – ( 2 doses + doses de reforço)</b>	
<b>Influenza – (do ano vigente)</b>		
<b>Carregador</b>	<b>Avaliação clínica;</b>	
Excluindo os Chefes de Núcleo.	Raio X de coluna vertebral	Até 90 dias
	<b>Cartão de vacinas atualizado, cópia E original:</b>	
	<b>Hepatite -3 doses</b>	

<b>FebreAmarela</b> –1 dose	
<b>DT</b> (Antitetânica e Antidiftérica) - 1 dose (Dentro do período de 10 anos)	
<b>Tríplice Viral</b> – 2 doses	
<b>COVID 19</b> – (2 doses + doses de reforço)	
<b>Influenza</b> – (do ano vigente)	

Observações:

\*Estes exames serão realizados em clínica terceirizada pelo IGESDF, com encaminhamento emitido pela Medicina do Trabalho.

Caso o candidato não tenha carteira de vacinação, providenciar junto ao Posto de Saúde mais próximo de sua residência.

Lista de locais para vacinação no DF:

[http://www.assefaz.org.br/site/noticia/manu\\_noticia/locais\\_vacinacao.pdf](http://www.assefaz.org.br/site/noticia/manu_noticia/locais_vacinacao.pdf)