



**Almirante Tamandaré**  
Prefeitura da Cidade  
*Secretaria Municipal de Recursos Humanos*

---

## **EDITAL DE CONVOCAÇÃO Nº048/2024– CONCURSO PÚBLICO 2023**

A **Secretaria Municipal de Recursos Humanos**, no uso de suas atribuições, considerando o disposto no inciso IX, do Artigo 37 da Constituição Federal, com base no Artigo 17, inciso I alínea b, da Lei Municipal nº 019/2011, Lei Complementar nº 020/2011 e Lei Complementar 100/2021, tendo em vista o Decreto Municipal nº 013/2024 de 09 de fevereiro de 2024, e o Edital nº 002/2023 da Secretaria Municipal de Recursos Humanos, e em conformidade com a legislação vigente, resolve:

### **TORNAR PÚBLICO**

- 1. O RESULTADO** da avaliação de documentos contidos no **Anexo I** deste Edital, para o cargo de **AGENTE DE ALIMENTAÇÃO** conforme item 12 do Edital nº 002/2023.
- 2. CONVOCAR** os candidatos contidos no **Anexo II** deste Edital, considerados **APTOS** na avaliação de documentos, para o cargo de **AGENTE DE ALIMENTAÇÃO** a comparecer na data e horário indicados no Anexo para **AVALIAÇÃO MÉDICA e AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA** no CENTRO DE ESPECIALIDADES localizado à Rua Prof. Antônio Rodrigues Dias, 153 – Cachoeira -Almirante Tamandaré – PR.
- 3.** O questionário contido no **Anexo III** deste edital deve ser apresentado impresso, preenchido e assinado em 3 vias, nas datas previstas para **AVALIAÇÃO MÉDICA e AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA**.
- 4.** O candidato deverá comparecer 30 minutos antes do horário agendado no **Anexo II** deste Edital para cadastro prévio na rede de saúde municipal, em caso de atrasos, o candidato estará sujeito a alterações de horário conforme disponibilidade.



**Almirante Tamandaré**  
Prefeitura da Cidade  
*Secretaria Municipal de Recursos Humanos*

- 
5. Durante a Avaliação Médica poderão ser solicitados outros exames complementares, a depender da necessidade de esclarecimento de diagnóstico.
  6. Se o candidato for declarado INAPTO no Exame Admissional, poderá interpor recurso, desde que devidamente fundamentado, segundo procedimento a ser estabelecido no edital de convocação. Os recursos deverão ser protocolados no setor de protocolo da Prefeitura até 24 horas após publicação do resultado.
  7. Os casos omissos neste Edital serão analisados pela Comissão Organizadora do Concurso Público do Município de Almirante Tamandaré.
  8. O candidato que deixar de se apresentar, por qualquer motivo, para avaliação médica, na forma estabelecida no subitem 13.1, será considerado desistente e não será contratado conforme item 15.5 do Edital nº 002/2023.
  9. Em conformidade com o 14.1 do Edital nº 002/2023, as publicações estão disponíveis no endereço eletrônico do Município, **[www.tamandare.pr.gov.br](http://www.tamandare.pr.gov.br)**, no **Diário Oficial do Município e afixadas no mural público** na sede da Prefeitura Municipal de Almirante Tamandaré, situada à Av. Emílio Johnson, 360, Centro.

Almirante Tamandaré, 05 de março de 2024.

**RUBIAMARA PAVIN COLODEL**  
*Secretária Municipal de Recursos Humanos*



**Almirante Tamandaré**  
Prefeitura da Cidade  
*Secretaria Municipal de Recursos Humanos*

**ANEXO I**

**RESULTADO DA AVALIAÇÃO DE DOCUMENTOS**

Cargo: **AGENTE DE ALIMENTAÇÃO**

<b>CLASS. AMPLA</b>	<b>CLASS. P.C.D</b>	<b>NOME DO CANDIDATO</b>	<b>R.G.</b>	<b>RESULTADO</b>
1		ANA PAULA DO ROCIO BATISTEL	7.***.***-9/ PR	AUSENTE
2		ELIÉZER FORBECK	13.***.***-9/ PR	AUSENTE
3		JULIANA NUNES	8.***.***-3/ PR	FINAL DE LISTA 18.2883/2024
4		JAKELINE SILVA PEREIRA	13.***.***-2/ PR	AUSENTE
5		LUZIMERE MOREIRA SÓ	6.***.***-7/PR	APTO
6		ANANCI VERGINIA DA COSTA	6.***.***-5/ PR	AUSENTE
7		YASMIM RODRIGUES DE OLIVEIRA	15.***.***-0/ PR	FINAL DE LISTA 18.3146/2024
8		JULIANA CORADIN	8.***.***-5/ PR	AUSENTE
9		SUELEN XAVIER DE SOUZA	9.***.***-5/ PR	APTO
10		GEISILIANI DA SILVA FARIAS	8.***.***-7/ PR	APTO
11		ADRIELE BIANCA PEREIRA DE SOUZA	14.***.***-0/ PR	AUSENTE
12		VERÔNICA DE MOURA	13.***.***-8/ PR	APTO
13		LOURDES GOMES DE LIMA	9.***.***-3/ PR	APTO
14		ERICKSON EDNILSON DE BASTOS	9.***.***-7/ PR	AUSENTE
15		MARGARETE APARECIDA DOS SANTOS CUMIM	9.***.***-7/ PR	APTO
16		ARILENE ARNDT	4.***.***-7/ PR	APTO
17		ANGELA MARIA COUTINHO CARNEIRO	9.***.***-4/ PR	APTO
18		CIRLENE CAETANO VALENTIM	8.***.***-0/ PR	AUSENTE
19		GABRIEL BOSSE	7.***.***-4/ PR	AUSENTE
20		LUIZ CARLOS TEIXEIRA DOS REIS	9.***.***-7/ PR	AUSENTE
21		SANDRA MADALENA FERRACINI	7.***.***-8/ PR	AUSENTE
22		MICHAEL MONTEIRO DOS SANTOS	1.***.***-7/ PR	AUSENTE
23		GLEICIELE DE OLIVEIRA DA CRUZ	1.***.***-0/ PR	APTO
	1	SIMONE INOCENCIO CARDOSO	6.-***.***-1/PR	APTO



**Almirante Tamandaré**  
Prefeitura da Cidade  
*Secretaria Municipal de Recursos Humanos*

---

**ANEXO II**

**CANDIDATOS CONSIDERADOS APTOS NA AVALIAÇÃO DE DOCUMENTOS E  
CONVOCADOS PARA A AVALIAÇÃO MÉDICA E PSICOLÓGICA**

<b>CLASS</b>	<b>NOME DO CANDIDATO</b>	<b>AVALIAÇÃO MÉDICA</b>	<b>AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA</b>	<b>HORÁRIO</b>
5	LUZIMERE MOREIRA SÓ	11/03/2024	13/03/2024	15:30
9	SUELEN XAVIER DE SOUZA	11/03/2024	13/03/2024	15:30
10	GEISILIANI DA SILVA FARIAS	11/03/2024	13/03/2024	15:45
12	VERÔNICA DE MOURA	11/03/2024	13/03/2024	15:45
13	LOURDES GOMES DE LIMA	11/03/2024	13/03/2024	15:45
15	MARGARETE AP DOS SANTOS CUMIM	11/03/2024	13/03/2024	16:00
16	ARILENE ARNDT	11/03/2024	13/03/2024	16:00
17	ANGELA MARIA COUTINHO CARNEIRO	11/03/2024	13/03/2024	16:00
23	GLEICIELE DE OLIVEIRA DA CRUZ	11/03/2024	13/03/2024	16:15
1	SIMONE INOCENCIO CARDOSO	11/03/2024	13/03/2024	16:15

\*O candidato deverá comparecer 30 minutos antes do horário agendado para realização de cadastro prévio na rede de saúde municipal, em caso de atrasos, o candidato estará sujeito a alterações de horário conforme disponibilidade.

**ANEXO III**

Apresentar o questionário impresso, preenchido e assinado em 3 vias, nas datas previstas para **AVALIAÇÃO MÉDICA e AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA**.



# Almirante Tamandaré

Prefeitura da Cidade

Secretaria Municipal de Saúde

## QUESTIONÁRIO PARA EXAME PRÉ-ADMISSIONAL

NOME:		
DATA DE NASCIMENTO:	SEXO:	IDADE
RG:	CPF:	
ENDEREÇO:		
ESTADO CIVIL:	ESCOLARIDADE:	
CARGO /FUNÇÃO PRETENDIDA:		
E-MAIL:		
TELEFONE/CELULAR:		

**PREENCHA DE FORMA CLARA E SINCERA AS ALTERNATIVAS ABAIXO:**

### ANTECEDENTES PESSOAIS

PESO:	ALTURA:
-------	---------

	SIM	NÃO		
VOCÊ TEM ALGUM PROBLEMA DE SAÚDE?			QUAL?	
FEZ OU ESTA FAZENDO ALGUM TRATAMENTO DE SAÚDE?			QUAL?	
FAZ USO DE MEDICAMENTOS?			QUAL?	
VOCÊ JÁ FEZ ALGUMA CIRURGIA?			QUAL?	QUANDO?
VOCÊ JÁ ESTEVE INTERNADO?			QUAL MOTIVO?	QUANDO?
POSSUI ALGUMA DEFICIÊNCIA?			QUAL?	
TEM ALGUMA ALERGIA?			QUAL?	

	SIM	NÃO		SIM	NÃO		SIM	NÃO
DOENÇAS DOS OLHOS?			TOSSE PROLONGADA?			INFECÇÕES URINÁRIAS?		
CIRURGIAS DOS OLHOS?			ENFISEMA?			PEDRA NO RIM / LITÍASE?		
ENXERGA BEM?			BRONQUITE?			PROBLEMAS NA PRÓSTATA?		
USA ÓCULOS OU LENTES?			ASMA?			HEMODIÁLISE?		
CATARATA?			DOENÇAS DO CORAÇÃO?			CIRURGIAS DO APARELHO URINÁRIO?		
GLAUCOMA?			INFARTO?			CIRURGIAS NA COLUNA?		
USA PRÓTESE DENTÁRIA?			PRESSÃO ALTA?			DOENÇAS DA BACIA?		
DISFUNÇÃO DE ATM?			ARRITMIA / PALPITAÇÃO?			DOENÇAS DOS JOELHOS?		
DOENÇAS DE OUVIDO?			CORAÇÃO GRANDE?			FRATURAS OU QUEBRADURAS?		
PERDA DE AUDIÇÃO / SURDEZ?			DORES NO PEITO?			TENDINITES?		
RINITE?			NÁUSEAS / VÔMITOS?			BURSITES?		
VERTIGEM / LABIRINTITE?			QUEIMAÇÃO NO ESTÔMAGO?			FIBROMIALGIA?		
SINUSITE?			DOR DE ESTÔMAGO?			REUMATISMO?		
DORES DE GARGANTA?			GASTRITE / ÚLCERA?			DORES NAS JUNTAS/ARTICULAÇÕES?		



# Almirante Tamandaré

Prefeitura da Cidade

Secretaria Municipal de Saúde

CALOS EM CORDAS VOCAIS?		CIRROSE?		HÉRNIAS DE DISCO?	
FENDA EM CORDA VOCAL?		GORDURAS NO FÍGADO / ESTEATOSE?		DORES NA COLUNA?	
ROUQUIDÃO/ALTERAÇÕES DA VOZ?		PEDRAS NA VESÍCULA / LITÍASE?		ARTROSES / BICOS DE PAPAGAIO?	
ZUMBIDOS?		PANCREATITE?		DESVIOS NA COLUNA?	
APNÉIA DO SONO?		ICTERÍCIA / AMARELÃO?		ESPORÃO?	
DORES DE CABEÇA?		HEPATITE?		VARIZES?	
ENXAQUECAS?		PRISÃO DE VENTRE?		EDEMA/INCHAÇO NAS PERNAS?	
DESMAIOS?		CIRURGIA BARIÁTRICA?		TUBERCULOSE?	
TONTURAS?		HEMORRÓIDAS?		CAXUMBA?	
CRISES CONVULSIVAS?		DIVERTICULITE?		RUBÉOLA?	
DERRAME?		OUTRAS DOENÇAS GASTROINTESTINAIS?		SARAMPO?	
OUTRAS DOENÇAS NEUROLÓGICAS?		HÉRNIAS (UMBILICAL / INGUINAL)?		CATAPORA?	
NERVOSISMO?		AUMENTO DO COLESTEROL?		MENINGITE?	
ESTRESSE?		AUMENTO DOS TRIGLICÉRIDES?		PARALISIA INFANTIL?	
DEPRESSÃO?		DIABETES?		ALERGIAS?	
INSÔNIA?		OUTRAS DOENÇAS METABÓLICAS?		DERMATITES?	
PÂNICO?		INTOLERÂNCIA A LACTOSE?		ANEMIAS?	
OUTRAS DOENÇAS PSIQUIÁTRICAS?		HIPOGLICEMIA?		SANGRAMENTOS / HEMORRAGIAS?	
DOENÇAS DO PULMÃO?		PROBLEMAS DE TIREÓIDE?		CÂNCER?	
FALTA DE AR?		DOR AO URINAR?		DOENÇAS AUTOIMUNES?	

## VACINAÇÃO

	SIM	NÃO	QUANDO?
DUPLA ADULTO (DIFTERIA E TÉTANO)			
HEPATITE B			
INFLUENZA (GRIPE)			
COVID 19			
TRIPLICE VIRAL (SARAMPO, CAXUMBA E RUBÉOLA)			
FEBRE AMARELA			
OUTRAS			

## HÁBITOS DE VIDA

	SIM	NÃO		
VOCÊ BEBE?			QUANTO?	HÁ QUANTO TEMPO?
VOCÊ FUMA?			QUANTOS CIGARROS/DIA	HÁ QUANTO TEMPO?
VOCÊ USA OU USOU DROGAS?			QUAIS? QUANTO/DIA?	HÁ QUANTO TEMPO?
PIERCINGS?			ONDE?	
TATUAGENS?			ONDE?	



# Almirante Tamandaré

Prefeitura da Cidade

Secretaria Municipal de Saúde

TEM ALGUM HOBBY?			QUAL?	
PRATICA ALGUM ESPORTE?			QUAL?	QUANTAS VEZES/SEMANA?

## ANTECEDENTES PROFISSIONAIS

QUAL A IDADE EM QUE COMEÇOU A TRABALHAR?	
--	--

DESCREVA ABAIXO SEUS TRABALHOS (MESMO INFORMAIS), FUNÇÃO, TEMPO DE SERVIÇO E RISCOS DE CADA UM:

EMPRESA	FUNÇÃO	TEMPO DE SERVIÇO	RISCOS (QUIMICO, FISICO OU BIOLOGICO)

	SIM	NÃO		
JÁ SE AFASTOU PELO INSS?			QUANDO?	QUAL O MOTIVO?
JÁ TEVE ALGUM ACIDENTE DE TRABALHO?			QUANDO?	QUAL?
JÁ TRABALHOU COM RUÍDO?			QUANDO?	
JÁ TRABALHOU COM QUÍMICOS?			QUANDO?	
JÁ TRABALHOU COM POEIRAS?			QUANDO?	
JÁ FOI READAPTADO/REABILITADO?			QUANDO?	QUAL O MOTIVO? EM QUAL POSTO?

## APENAS PARA MULHERES

DATA DA ÚLTIMA MENSTRUACÃO:	
-----------------------------	--

	SIM	NÃO		
MENSTRUACÃO REGULADA?				
TEM CORRIMENTO?				
MIOMAS?				
NODULO / DOR NOS SEIOS?			QUAL?	QUANDO?
CIRURGIA GINECOLÓGICA?			QUAL?	QUANDO?
CISTOS OVARIANOS?				
JÁ ENGRAVIDOU?			QUANTAS VEZES?	
JÁ TEVE PARTO NORMAL?			QUANTOS?	QUANDO?
JÁ TEVE CESAREAS?			QUANTAS?	QUANDO?
ABORTOS?			QUANTOS?	QUANDO?
USA MÉTODO ANTICONCEPCIONAL?			QUAL?	

## ANTECEDENTES FAMILIARES

DOENÇAS NA FAMÍLIA (PAIS, IRMÃOS, AVÓS E TIOS)



# Almirante Tamandaré

Prefeitura da Cidade

Secretaria Municipal de Saúde

	SIM	NÃO	
DIABETES MELLITUS?			
INFARTO MIOCÁRDIO			
PRESSÃO ALTA			
DERRAME (AVC)			
CÂNCER			
HEPATITES			
DOENÇAS CONTAGIOSAS			
DOENÇAS GENÉTICAS			QUAL?
OUTRAS			QUAIS?

## OBSERVAÇÕES DO CANDIDATO


**“ DECLARO SER EXPRESSÃO DA VERDADE AS INFORMAÇÕES POR MIM PRESTADAS PARA ESTE QUESTIONÁRIO NÃO TENDO OMITIDO OU ALTERADO NENHUMA INFORMAÇÃO, SOB CONDIÇÃO DE SER PENALIZADO CONFORME LEGISLAÇÃO VIGENTE.”**

**DATA:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**ASSINATURA DO CANDIDATO:**