



Almirante Tamandaré
Prefeitura da Cidade
Secretaria Municipal de Recursos Humanos

EDITAL DE CONVOCAÇÃO Nº 139/2023 - CONCURSO PÚBLICO 2022

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 111/2022 de 14 de dezembro de 2022, e o Edital nº 005/2022 da Secretaria Municipal de Recursos Humanos, e em conformidade com a legislação vigente, resolve:

TORNAR PÚBLICO

- 1. CONVOCAR** os candidatos contidos no **Anexo II** deste Edital, considerados **APTOS** na avaliação de documentos, para o cargo de **PROFESSOR DE EDUCAÇÃO BÁSICA – EDUCAÇÃO INFANTIL** a comparecer na data e horário indicados Anexo para **AVALIAÇÃO MÉDICA** no **CENTRO DE ESPECIALIDADES** localizado à Rua Prof. Antônio Rodrigues Dias, 153 – Cachoeira - Almirante Tamandaré – PR e para **AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA** no **CMAEE** localizado na Avenida Emilio Johnson, 929 – Centro -Almirante Tamandaré – PR.
- 2.** Conforme Autos do Processo Nº 0001558-11.2023.8.16.0024.
- 3.** Durante a Avaliação Médica poderão ser solicitados outros exames complementares, a depender da necessidade de esclarecimento de diagnóstico.
- 4.** 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.



Almirante Tamandaré
Prefeitura da Cidade
Secretaria Municipal de Recursos Humanos

5. Os casos omissos neste Edital serão analisados pela Comissão Organizadora do Concurso Público do Município de Almirante Tamandaré.
6. O candidato que deixar de se apresentar, por qualquer motivo, para avaliação médica, na forma estabelecida no subitem 16.1, será considerado desistente e não será contratado conforme item 16.5 do Edital nº 005/2022.
7. Em conformidade com o item 15.1 do Edital nº 005/2022, as publicações estão disponíveis no endereço eletrônico do Município, **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, 17 de maio de 2024.

RUBIAMARA PAVIN COLODEL
Secretária Municipal de Recursos Humanos



Almirante Tamandaré
Prefeitura da Cidade
Secretaria Municipal de Recursos Humanos

ANEXO I

Autos do Processo Nº 0001558-11.2023.8.16.0024

CANDIDATOS CONSIDERADOS APTOS NA AVALIAÇÃO DE DOCUMENTOS E CONVOCADOS PARA A **AVALIAÇÃO MÉDICA** no **CENTRO DE ESPECIALIDADES** localizado à Rua Prof. Antônio Rodrigues Dias, 153 – Cachoeira - Almirante Tamandaré – PR

CLASS	NOME DO CANDIDATO	AVALIAÇÃO MÉDICA	HORÁRIO
100	LIRIANE SUSAN BAUER	24/05/2024	14:30

CANDIDATOS CONSIDERADOS APTOS NA AVALIAÇÃO DE DOCUMENTOS E CONVOCADOS PARA A **AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA** no **CMAEE** localizado na Avenida Emilio Johnson, 929 – Centro -Almirante Tamandaré – PR

CLASS	NOME DO CANDIDATO	AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA	HORÁRIO
100	LIRIANE SUSAN BAUER	24/05/2024	15:30

*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 2 vias, nas datas previstas para **AVALIAÇÃO MÉDICA e AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA**



Almirante Tamandaré

Prefeitura da Cidade

Secretaria Municipal de Saúde

QUESTIONÁRIO PARA EXAME PRÉ-ADMISSSIONAL

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: