



MUNICÍPIO DE GUARAPUAVA
SECRETARIA MUNICIPAL DE ADMINISTRAÇÃO
COMISSÃO ORGANIZADORA DE CONCURSOS PÚBLICOS

EDITAL Nº 15/12

A Presidente da CECPM - Comissão Especial de Concursos Públicos do Município de Guarapuava, designada através da Portaria nº 220/2011 no uso de suas atribuições e para atender o contido no item 3.1.7 do Edital do Concurso nº 001/2012, **convoca** os candidatos aprovados para os cargos relacionados no Edital **14/12**, a realizarem os exames de saúde que constituirá em análise de exames laboratoriais e avaliações clínicas, conforme segue:

a) EXAMES LABORATORIAIS:

Hemograma completo;
Glicose;
Uréia;
Creatinina;
Parcial de Urina com Sedimento Corado
Raio X de Tórax PA com laudo

b) AVALIAÇÕES CLÍNICAS:

Avaliação oftalmológica com acuidade visual;
Avaliação otorrinolaringológica com audiometria;
Avaliação cardiovascular com eletrocardiograma;
Avaliação psiquiátrica, de acordo com o formulário, constante do anexo I ;
Avaliação ortopédica com Raio X de coluna lombo-sacra, com laudo;

De posse dos exames e avaliações mencionadas acima neste Edital, os candidatos devem comparecer no Setor de Perícia Médica, anexo ao Núcleo de Recursos Humanos do Município (Paço Municipal), no período **30/05/2012 à 28/06/2012**, para avaliação clínica a ser feita pelo Médico Perito do Município.

As despesas com os exames e avaliações clínicas correrão por conta do candidato.

O não comparecimento no prazo pré-estabelecido implica na tácita aceitação da desistência da vaga, bem como, de todos os direitos decorrentes de sua aprovação no concurso, sem posterior recurso.

Guarapuava, 29 de Maio de 2012.

ELIZABETH MARIA PACHECO
Presidente da CECPM

ANEXO I

FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO PSIQUIÁTRICA

Nome do candidat(a): _____

Cargo: _____

1-) Tem história familiar de doenças psiquiátricas?

2-) Já fez uso de psicofármacos? Para qual motivo? Por quanto tempo?

3-)Necessitou ficar em auxílio-doença, por motivo de doença psiquiátrica?

4-) A candidata (o) apresenta sinais ou sintomas de doença psiquiátrica que limite ou incapacite de exercer a função?

Guarapuava, _____/_____/_____

Assinatura do Médico Psiquiatra e Carimbo