



**MUNICÍPIO DE GUARAPUAVA**  
ESTADO DO PARANÁ  
FUNDAÇÃO PROTEGER

**EDITAL Nº 010/14**

O Prefeito Municipal de Guarapuava, Estado do Paraná, usando das atribuições que lhe são conferidas por Lei, e atendendo o contido no Edital nº 001/2012, item **13.2.1**, **convoca** os candidatos aprovados para os cargos relacionados no Edital **009/14**, 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 **17/09/2014 a 16/10/2014**, 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, 15 de setembro de 2014.

**CESAR AUGUSTO CAROLLO SILVESTRI FILHO**  
PREFEITO MUNICIPAL

# 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