CONCURSO PÚBLICO PARA PREENCHIMENTO DE VAGAS DE CARGOS PÚBLICOS DA PREFEITURA MUNICIPAL DE ROLÂNDIA/PR

CONVOCAÇÃO Nº 294/2026

CONVOCAÇÃO DOS CANDIDATOS APROVADOS NO CONCURSO PÚBLICO ABERTO PELO EDITAL Nº 001/2024

A Prefeitura Municipal de Rolândia, no uso de suas atribuições legais, torna público, para conhecimento dos interessados, a convocação dos candidatos relacionados no Anexo I para Protocolo de Exames Médicos, conforme respectiva classificação no Concurso Público aberto pelo Edital nº 001/2024.

DA PERÍCIA ADMISSIONAL OFICIAL

Para realização da Perícia Admissional Oficial, o candidato deverá comparecer, IMPRETERIVELMENTE, na data e horário também indicados no Anexo I, na empresa NOVATERRA Consultoria em Medicina e Segurança do Trabalho, localizada na Rua Santos Dumont nº 690 – Centro – Rolândia/PR, com todos os EXAMES ADMISSIONAIS arrolados no Anexo III. As despesas dos respectivos exames admissionais ocorrerão às expensas do candidato.

A data e o horário determinados para a realização da Perícia Admissional Oficial não poderão ser alterados a critério do candidato, sendo realizado por ordem de chegada.

Para a avaliação médica, o candidato deverá apresentar-se munido de documento de identidade original.

O não comparecimento no período marcado para a Avaliação Clínica ou a não apresentação de todos os Exames Gerais Obrigatórios descritos no anexo II desta Convocação importará na eliminação do Candidato do Concurso.

Será considerado apto o candidato que não apresentar quaisquer alterações patológicas que o contraindiquem ao desempenho do cargo/função para o qual se inscreveu.

Dúvidas acerca da Perícia Admissional poderão ser sanadas por meio do telefone (43) 3255-8664, das 12:00 às 18:00h, ou pelo e-mail rh@rolandia.pr.gov.br

Assinado por 1 pessoa: AILTON APARECIDO MAISTRO
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://rolandia.1doc.com.br/verificacao/4540-8328-B084-B01A e informe o código 4540-8328-B084-B01A

ANEXOS

Anexo I – Relação de Candidatos Convocados;

Anexo II – Ficha de Informações Para Exame Pré-admissional;

Anexo III - Relação de Exames Médicos;

Rolândia, 09 de Novembro de 2026.

AILTON APARECIDO MAISTRO
Prefeito Municipal

Assinado por 1 pessoa: AILTON APARECIDO MAISTRO
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://rolandia.1doc.com.br/verificacao/4540-8328-B084-B01A e informe o código 4540-8328-B084-B01A

Anexo I da Convocação nº 294/2026 – RELAÇÃO DE CANDIDATOS CONVOCADOS

Cargo: Auxiliar de Cirurgião Dentista

CLASSIFICAÇÃO FINAL	INSCRIÇÃO	Nome candidato	Data	Horário
14	014.703.267-65	KÁTIA MICHELLE MENUSSO BIAZON	14/12/26	08:00h

Cargo: Técnico de Gestão Municipal A - Administrativo

CLASSIFICAÇÃO FINAL	INSCRIÇÃO	Nome candidato	Data	Horário
88	014.703.143-64	WELLINGTON RAMOS	14/12/26	08:00h
89	014.703.146-68	FRANCYELLE YUKARI RODRIGUES	14/12/26	08:00h

Cargo: Técnico de Saúde Pública C – Assistência Técnica em Radiologia

CLASSIFICAÇÃO FINAL	INSCRIÇÃO	Nome candidato	Data	Horário
11	014.703.169-29	HUGO EDUARDO DE OLIVEIRA DONAIRE	14/12/26	08:00h

* Candidatos concorrentes às vagas reservadas conforme itens 6 e 8 do Edital 001/2024.

[1] Pessoa com Deficiência - PCD

[2] Negros

Assinado por 1 pessoa: AILTON APARECIDO MAISTRO
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://rolandia.1doc.com.br/verificacao/4540-8328-B084-B01A e informe o código 4540-8328-B084-B01A

Anexo II da Convocação nº 294/2026 – FICHA DE INFORMAÇÕES PARA EXAME PRÉ-ADMISSIONAL

TERMO DE RESPONSABILIDADE
(Deverá ser preenchido pelo candidato com letra legível)

Eu,_____, portador do CPF n.º _ _____e RG n.º_____, candidato(a) ao ingresso no Serviço Público Municipal, declaro que todas as informações por mim preenchidas na Ficha de Informações Cadastrais, no Questionário Para Identificação de Indivíduos com Epilepsia e no Questionário Para Exame Médico Admissional, são verdadeiras, corretas e completas.

Declaro ter conhecimento de que qualquer fato informado incorretamente ou omissão cometida no preenchimento das respostas dos quesitos, poderá me imputar sanções legais ou penalidades jurídicas, já que fazem parte do conjunto de elementos que compõem a avaliação de meu estado de saúde.

Declaro estar ciente de que devo comparecer ao local indicado para perícia pré-admissional com antecedência mínima de 15 minutos.

Declaro estar ciente da data e horário do exame pré-admissional, sendo que o não comparecimento na data e horário agendados portando **todos** os exames indicados na convocação implicará em comunicação oficial de ausência e resultará na imediata desclassificação do (a) candidato (a).

Data:__/____/____.

_____

Assinatura do Candidato

Assinado por 1 pessoa: AILTON APARECIDO MAISTRO
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://rolandia.1doc.com.br/verificacao/4540-8328-B084-B01A e informe o código 4540-8328-B084-B01A

QUESTIONÁRIO MÉDICO PARA IDENTIFICAÇÃO DE INDIVÍDUOS COM EPILEPSIA-CONFIDENCIAL
Assinale a resposta para as perguntas apresentadas a seguir.

	Perguntas relacionadas a própria saúde	SIM	NÃO
01	Você tem ou teve crises (ataques, acesso, convulsão) na qual perde a consciência e cai subitamente? E na sua família, alguém tem?	( )	( )
02	Você tem ou teve crises em que perde o contato com a realidade (meio) e fica como se estivesse Fora do ar? E na sua família, alguém tem?	( )	( )
03	Você tem ou teve crises na qual tem repuxões incontroláveis em braços, pernas, na boca ou vira a Cabeça para o lado? E na sua família, alguém tem?	( )	( )
04	Você tem ou teve crises de desmaio e que ao acordar nota que fez xixi ou cocô na roupa sem perceber? E na sua família, alguém tem?	( )	( )
05	Você tem ou teve crises na qual sente sensação ruim de "fundeza" ou bola na "boca do estômago"e que sobe até a garganta e em seguida sai fora do ar, e depois dizem que você ficou mexendo em algo com as mãos ou mastigando ou olhando para algo distante? E na sua família, alguém tem Essas crises?	( )	( )
06	Algum médico ou profissional de saúde ou mesmo familiares já lhe disse que você tem ou teve convulsão febril na infância; ou durante alguma doença grave qualquer? E na sua família, alguém teve este problema?	( )	( )
07	Você tem rápidos abalos tipo "choque" nos braços (as coisas caem da mão) ou pernas, com ou sem queda, principalmente pela manhã?	( )	( )
08	Há alguém na sua família com epilepsia?	( )	( )

Declaro que todas as informações acima são verdadeiras e por elas assumo inteira responsabilidade, nos termos da lei. Nome legível do candidato: _____

Assinatura:_____**Rolândia,**___/___/____

QUESTIONÁRIO PARA EXAME MÉDICO PRÉ-ADMISSIONAL CONFIDENCIAL
Assinale a resposta para as perguntas apresentadas a seguir. Se tiver dúvidas, deixe a resposta em branco e pergunte ao médico na ocasião da sua perícia.

	Perguntas relacionadas a própria saúde	SIM	NÃO	NÃO SEI
01	Usa óculos por indicação médica?	( )	( )	( )
02	Tem dificuldade para enxergar?	( )	( )	( )
03	Tem ou já teve alguma inflamação ou doença em seus olhos?	( )	( )	( )
04	Tem sua audição diminuída em um ou ambos os ouvidos?	( )	( )	( )
05	Teve alguma doença nos ouvidos (infecções, zumbidos, etc.)?	( )	( )	( )
06	Tem dores de cabeça frequentes?	( )	( )	( )
07	Tem ou teve tonturas?	( )	( )	( )
08	Ficou alguma vez "sem sentido"(desmaiou?)	( )	( )	( )
09	Teve alguma parte do corpo paralisada?	( )	( )	( )
10	Sua pele tem alguma anormalidade?	( )	( )	( )
11	Sua pele tem alguma doença crônica?	( )	( )	( )
12	Tem alergias ou intolerâncias (alimentos, fatores ambientais, substâncias, etc.)	( )	( )	( )
13	Tossiu ou cuspiu sangue alguma vez?	( )	( )	( )
14	Tem ou teve alguma doença pulmonar (do pulmão)?	( )	( )	( )
15	Sente falta de ar?	( )	( )	( )
16	Tem pressão alta/hipertensão arterial?	( )	( )	( )
17	Seu coração, às vezes, bate mais rápido ou teve alguma doença do coração?	( )	( )	( )
	Nome legível do candidato:		**Rubrica:**	

Assinado por 1 pessoa: AILTON APARECIDO MAISTRO
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://rolandia.1doc.com.br/verificacao/4540-8328-B084-B01A e informe o código 4540-8328-B084-B01A

	Perguntas relacionada a própria saúde	SIM	NÃO	NÃO SEI
18	Possui alguma deficiência, limitação ou deformidade física?	( )	( )	( )
	Se sim, quais?			
19	Tem tido inchaço (edema) nas pernas?	( )	( )	( )
20	Tem ou teve problemas de hemorroidas ou varizes?	( )	( )	( )
21	Seus dentes necessitam de tratamento?	( )	( )	( )
22	Tem problemas intestinais ou estomacais?	( )	( )	( )
23	Eliminou sangue nas suas fezes?	( )	( )	( )
24	Sua pele já ficou totalmente amarelada (icterícia)?	( )	( )	( )
25	Tem ou teve algum problema de rins ou bexiga?	( )	( )	( )
26	Perdeu alguma vez sangue ou proteínas pela urina?	( )	( )	( )
27	Tem ou teve doenças sexualmente transmissíveis?	( )	( )	( )
28	Tem dores ou outros problemas na sua coluna vertebral?	( )	( )	( )
29	Tem habitualmente dores nas juntas?	( )	( )	( )
30	As suas juntas as vezes ficam inchadas?	( )	( )	( )
31	Engordou ou emagreceu mais de 5 quilos nos últimos 6 meses?	( )	( )	( )
32	Tem ou já teve problemas com peso inadequado?	( )	( )	( )
33	Foi tratado(a) de algum câncer ou tumor?	( )	( )	( )
34	Foi operado(a)? (fez alguma cirurgia)–inclusive cesárea.	( )	( )	( )
	Se sim, qual?			
35	Teve alguma ferida séria?	( )	( )	( )
36	Sofreu algum acidente em que se machucou?	( )	( )	( )
37	Quebrou, trincou ou deslocou algum osso?	( )	( )	( )
38	Faz ou fez uso de cigarro? (mesmo eventual)	( )	( )	( )
39	Faz ou fez uso de bebidas alcoólicas? (mesmo eventual)	( )	( )	( )
40	Faz ou já fez uso de outras drogas? (mesmo eventual)	( )	( )	( )
41	Tem ou teve insônia ou dificuldade para dormir?	( )	( )	( )
42	Tem se sentido muito nervoso(a)?	( )	( )	( )
43	Já fez ou está fazendo acompanhamento psiquiátrico ou psicológico?	( )	( )	( )
44	Faz ou já fez uso de medicações calmantes, para dormir, para ansiedade ou depressão?	( )	( )	( )
45	Tem intranquilidade no lar?	( )	( )	( )
46	Esteve internado em hospital/Clínicas?	( )	( )	( )
47	Já recebeu transfusões sanguíneas?	( )	( )	( )
48	No momento está fazendo algum tratamento médico?	( )	( )	( )
	Se sim, qual?			
49	Faz ou tem feito uso habitual de algum medicamento?	( )	( )	( )
	Se sim, qual?			
50	Faz atividades físicas, esportivas e/ou de lazer?	( )	( )	( )
	Se sim, quais e com que frequência?			
51	Tem ou teve algum distúrbio da voz ou rouquidão? Fez ou faz tratamento?	( )	( )	( )
52	Esteve em consulta médica nos últimos 12 meses?	( )	( )	( )
	Quais especialidades?			
53	Faz acompanhamento médico regular?	( )	( )	( )
	Se sim, quais e/ou porquê?			
	Você é ou foi portador de algumadas doenças abaixo:	**SIM**	**NÃO**	**NÃO SEI**
54	Colesterol alto?	( )	( )	( )
55	Doença cardíaca/ docoração?	( )	( )	( )
56	Asma?	( )	( )	( )
57	Rinite?	( )	( )	( )
58	Tuberculose?	( )	( )	( )
59	Bronquite?	( )	( )	( )
60	Doenças do fígado(hepatite,cirrose ou outras)?	( )	( )	( )
61	Refluxo gastresofágico ou gastrite?	( )	( )	( )
62	Algum tipo de hérnia?	( )	( )	( )
63	Doença do pâncreas?	( )	( )	( )
64	Diabetes/açúcar alto no sangue?	( )	( )	( )
65	Doença dos Rins (cálculos,infecções,cólica,etc.)?	( )	( )	( )
	Nome legível do candidato:	**Rubrica:**		

Assinado por 1 pessoa: AILTON APARECIDO MASTRO
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://rolandia.1doc.com.br/verificacao/4540-8328-B084-B01A e informe o código 4540-8328-B084-B01A

PREFEITURA MUNICIPAL DE ROLÂNDIA
CNPJ/MF nº 76.288.760/0001-08

	Você é ou foi portador de alguma das doenças abaixo:	SIM	NÃO	NÃO SEI
66	Reumatismo?	( )	( )	( )
67	Tendinite e/ou bursite?	( )	( )	( )
68	Lúpus e/ou psoríase?	( )	( )	( )
69	Doença de Parkinson?	( )	( )	( )
70	Esquizofrenia?	( )	( )	( )
71	Problemas hormonais(tireoide,entre outros)?	( )	( )	( )
72	Doenças do sangue e/ou da coagulação?	( )	( )	( )
73	Outras doenças não mencionadas?	( )	( )	( )
	Se sim, quais?			

Antecedentes Familiares–Seus familiares diretos têm ou tiveram alguma das doenças abaixo:

	Doença	Sim	Não	Parentesco		Doença	Sim	Não	Parentesco
74	Diabetes	( )	( )		81	Cardiopatia	( )	( )	
75	Hipertensão	( )	( )		82	Câncer	( )	( )	
76	Distúrbiomental	( )	( )		83	Surdez	( )	( )	
77	Alcoolismo	( )	( )		84	Tuberculose	( )	( )	
78	Asma	( )	( )		85	Alergia	( )	( )	
79	Parkinson	( )	( )		86	Artrose/Artrite	( )	( )	
80	Esquizofrenia	( )	( )		87	AVC/ derrame	( )	( )	

	Perguntas relacionadas aos antecedentes ocupacionais	SIM	NÃO	NÃOSEI
88	Já trabalhou em local insalubre?	( )	( )	( )
89	Já sofreu algum acidente de trabalho?	( )	( )	( )
90	Já sofreu alguma doença do trabalho ou doença profissional?	( )	( )	( )
91	Já esteve afastado(a) por doença relacionada ao trabalho?	( )	( )	( )
	Se sim, quando, por qual doença e por quanto tempo?			
92	Já esteve submetido a riscos ocupacionais (ruído,prod.Químico,biológicos)?	( )	( )	( )
	Se sim, quais?			
93	Já recebeu adicional de insalubridade ou periculosidade?	( )	( )	( )
	Por quê?			
94	Usava equipamentos de proteção?	( )	( )	( )
	Se sim, quais?			

	Quais foram os seus últimos dois vínculos empregatícios	Função	Tempo
95	**Ultimo:**		
	Penúltimo:		
96	A seu ver, tem alguma condição de saúde que o impeça ou faça restrições ao exercício do seu cargo? Qual?		
97	Há alguma outra informação sobre sua saúde atual ou passada que julgue importante?		

Declaro que todas as informações acima são verdadeiras e por elas assumo inteira responsabilidade, nos termos da lei.

Nome legível do candidato:

_____

Assinatura:_____ **Rolândia,**_____/_____/_____.

Assinado por 1 pessoa: AILTON APARECIDO MAISTRO
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://rolandia.1doc.com.br/verificacao/4540-8328-B084-B01A e informe o código 4540-8328-B084-B01A

ANEXO III da Convocação 294/2026 – RELAÇÃO DE EXAMES MÉDICOS

Exames Obrigatórios

- **AVALIAÇÃO PSIQUIÁTRICA** realizada por médico especialista em psiquiatria (especialidade registrada no Conselho Regional de Medicina) com emissão de relatório constando a **descrição do exame psiquiátrico**, diagnóstico conforme a CID 10, conduta terapêutica, prognóstico e consequências à saúde do paciente (conforme **RESOLUÇÃO CFM n.º 1.658/2002** publicada no D.O.U. de 20 de dezembro de 2002, Seção I, pg. 422).
- **AVALIAÇÃO OSTEOMUSCULAR** realizada por médico especialista em ortopedia (especialidade registrada no Conselho Regional de Medicina) com emissão de relatório constando a **descrição do exame físico ortopédico** com avaliação de membros superiores, inferiores e coluna vertebral, diagnóstico conforme a CID 10, conduta terapêutica, prognóstico e consequências à saúde do paciente (conforme **RESOLUÇÃO CFM n.º 1.658/2002** publicada no D.O.U. de 20 de dezembro de 2002, Seção I, pg. 422).
- **AVALIAÇÃO OFTALMOLÓGICA** realizada por médico especialista em oftalmologia (especialidade registrada no Conselho Regional de Medicina) com emissão de relatório contendo, **no mínimo**, exame da acuidade visual com e sem correção para longe e para perto com cada olho separadamente e com ambos os olhos (testes de Snellen e Jaeger ou semelhantes), fundoscopia, tonometria, teste para visão em cores, diagnóstico conforme a CID 10, conduta terapêutica, prognóstico e consequências à saúde do paciente (conforme **RESOLUÇÃO CFM n.º 1.658/2002** publicada no D.O.U. de 20 de dezembro de 2002, Seção I, pg. 422).
- **RAIO-X DE COLUNA POR SEGMENTOS - cervical, torácica e lombossacra -** (duas incidências - AP e Perfil) com medida da angulação do grau para escoliose - com laudo emitido por médicoespecialista em radiologia (especialidade registrada no Conselho Regional de Medicina).
- **EXAMES LABORATORIAIS**: Tipagem sanguínea ABO e Rh; Hemograma Padrão; VHS; Glicemia em jejum; Colesterol Total; Colesterol HDL; Colesterol LDL; Triglicerídeos; Ureia; Creatinina; Gama Glutamil Transferase (GGT); Transaminase Glutâmico-oxalacética (TGO); Transaminase Glutâmico-pirúvica (TGP); Ácido Úrico; TSH; VDRL; Parcial de Urina;
- **Anti-HCV; HBsAg; Anti-HBs (exames para os candidatos da área da saúde)**
- **AVALIAÇÃO OTORRINOLARINGOLÓGICA: (exame para os candidatos da área da Educação)** laudo descritivo e conclusivo de consulta médica realizada por médico especialista em otorrinolaringologia (otorrinolaringologista com Registro de Qualificação de Especialista – RQE – junto ao Conselho Federal de Medicina) que deve adicionar e obrigatoriamente citar o resultado dos seguintes exames complementares e seus respectivos laudos, considerando: Audiometria tonal e vocal, com laudo emitido pelo profissional aplicador do exame; Impedanciometria ou imitanciometria, com laudo emitido pelo profissional aplicador do exame.
- **COMPROVANTE DE ATUALIZAÇÃO VACINAL** conforme Calendário de Vacinaçãodo Adulto e do Idoso instituído pelo Ministério da Saúde (Xerox da carteira de vacinação e atestado de vacinação emitido pelo Posto de Saúde - UBS ou clínicas privadas de vacinação que estejam de acordo com a legislação vigente).
- **Candidatos que responderem "SIM" a qualquer uma das perguntas que compõe o "QUESTIONÁRIO PARA IDENTIFICAÇÃO DE INDIVÍDUOS COM EPILEPSIA", parte integrante da "FICHA DE INFORMAÇÕES PARA EXAME PRÉ- ADMISSIONAL" deverão apresentar adicionalmente o exame de eletroencefalograma com laudo emitido por médico neurologista/neurocirurgião (especialidade registrada no Conselho Regional de Medicina).**
- **Candidatos(as) com 40 anos completos ou mais:**

  Eletrocardiograma

  Teste de esforço/Teste ergométrico

  Avaliação cardiológica realizada por médico especialista em cardiologia (especialidade registrada no Conselho Regional de Medicina) com emissão de relatório médico contendo diagnóstico, conduta terapêutica, prognóstico e consequências à saúde do paciente (conforme **RESOLUÇÃO CFM n.º 1.658/2002** publicada no D.O.U. de 20 de dezembro de 2002, Seção I, pg. 422).PSA total e PSA livre (para homens).

***Poderão ser solicitados novos exames a critério do Perito Oficial.**
**** Os exames apresentados devem ter data de emissão máxima de 180 dias anteriores da data de realização da perícia.**

Assinado por 1 pessoa: AILTON APARECIDO MAISTRO
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://rolandia.1doc.com.br/verificacao/4540-8328-B084-B01A e informe o código 4540-8328-B084-B01A

VERIFICAÇÃO DAS ASSINATURAS

Código para verificação: 4540-8328-B084-B01A

Este documento foi assinado digitalmente pelos seguintes signatários nas datas indicadas:

AILTON APARECIDO MAISTRO (CPF 152.XXX.XXX-00) em 10/11/2026 17:53:32 GMT-03:00
Papel: Parte
Emitido por: Sub-Autoridade Certificadora 1Doc (Assinatura 1Doc)

Para verificar a validade das assinaturas, acesse a Central de Verificação por meio do link:

https://rolandia.1doc.com.br/verificacao/4540-8328-B084-B01A