

EDITAL DE CONVOCAÇÃO Nº 001/2016

O **PREFEITO MUNICIPAL DE PINHÃO, ESTADO DO PARANÁ**, no uso de suas atribuições legais CONVOCA os candidatos citados e relacionados no **ANEXO I**, parte integrante desta **CONVOCAÇÃO**, para realização de exames médicos e curso de qualificação, conforme especificação abaixo:

1. Os candidatos constantes do **ANEXO I** ficam **CONVOCADOS** para a realização de exame médico, laboratorial e de imagem **os quais serão custeado pelos mesmos**, em data de **02 de março de 2016**, no Serviço Especializado em Saúde e Medicina de Trabalho - SESMT, situado na Rua Visconde de Guarapuava, 744 – Centro, no Município de Guarapuava/PR, no horário das **09 horas**.

1.1 O transporte para a realização do Exame Médico Admissional será fornecido pela Prefeitura Municipal de Pinhão, com horário de saída às **8 horas**, em frente ao Paço Municipal, devendo os candidatos comparecerem com **30 minutos de antecedência**, munidos de documento de identificação oficial com foto.

1.2 O exame médico, laboratorial e de imagem consistem:

- a) Clínico
- b) Hemograma completo
- c) Glicemia: Jejum
- d) Glicemia: Pós-prandial (após o almoço)
- e) Hepatite "B" (HBS - Ag)
- f) Hepatite "C" (ANTI _ HCV)
- h) Colinesterase Plasmática (**somente para Agente de Endemias**)
- i) Radiografia de Coluna (Cervical, Dorsal e Lombar) PA e Perfil com laudo assinado pelo médico radiologista

1.3. Parecer especializado para todas as funções (ACS e ACE), em formulário próprio, via Avaliação Psiquiátrica, conforme **ANEXO II**, que será realizado no **dia 03 de março de 2016**, no CAPS, situado na Rua XV de Novembro, 338, Centro, neste Município, no horário a partir das **10:30 horas**, o candidato deverá apresentar documento de identificação oficial com foto.

2. Os candidatos constantes do **ANEXO I**, função de Agente Comunitário de Saúde – ACS ficam **CONVOCADOS**, para comparecerem no PACS - Centro Municipal de Saúde, situado na Rua Expedicionário Amarílio, 100, – Centro, nos dias **07 a 11 de março de 2016**, com início

das 08 horas às 11horas e 30 minutos retornando às 13 horas até 17 horas, para realizar curso introdutório de formação inicial e continuada de ACS, nos termos do item 1.2 do Edital n.º001/2014, devendo apresentar ao Departamento Pessoal o certificado de conclusão do curso com 100% (cem por cento) de frequência quando do término da capacitação.

3. Todos os candidatos nominados e constantes do **ANEXO I**, que não comparecerem no prazo fixado nesta **CONVOCAÇÃO** estarão **AUTOMATICAMENTE ELIMINADOS**, conforme consta do edital não cabendo qualquer reclamação com pedido de reclassificação ou revisão à lista de classificação geral do Concurso para Emprego Público. Neste caso, o Poder Público poderá chamar novos candidatos, obedecida a ordem de classificação para cada função, o que será feito através de outra **CONVOCAÇÃO**, com a publicidade usual.

Pinhão, 23 de Fevereiro de 2016.

DIRCEU JOSÉ DE OLIVEIRA
PREFEITO MUNICIPAL

ANEXO I**AGENTES COMUNITÁRIO DE SAÚDE****ACS – ARAUCÁRIA I**

INSC.	NOME	NASC.	LP	MAT	CG-LEG	CE	PE	CLASSIF.
417345	CLEMILDA DA LUZ LIMA	22/06/1972	10,00	10,00	10,00	35,00	65,00	3º

ACS – COLINA VERDE

INSC.	NOME	NASC.	LP	MAT	CG-LEG	CE	PE	CLASSIF.
417180	ANTONIO JOILSON DE SOUSA FERREIRA	13/06/1990	18,00	6,00	14,00	20,00	58,00	2º

ACS - N. HAB. HIPOLITO MARTINS / PQ. INDUSTRIAL

INSC.	NOME	NASC.	LP	MAT	CG-LEG	CE	PE	CLASSIF.
420720	ROSICLEIA APARECIDA CAMARGO	09/09/1991	16,00	6,00	14,00	25,00	61,00	2º

ACS - VILA CALDAS

INSC.	NOME	NASC.	LP	MAT	CG-LEG	CE	PE	CLASSIF.
416966	MARIA ELISANGELA SANTOS	07/05/1982	18,00	8,00	12,00	35,00	73,00	2º

AGENTE DE ENDEMIAS

INSC.	NOME	NASC.	LP	MAT	CG-LEG	CE	PE	CLASSIF.
421101	MIRIANE APARECIDA RIBEIRO	06/10/1983	14,00	08,00	10,00	40,00	72,00	11º

ANEXO II

FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO PSIQUIÁTRICA

Nome do candidato(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?

Pinhão, _____/_____/_____

Assinatura do Médico Psiquiatra e Carimbo