



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

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

**CONVOCAÇÃO Nº 223/2026**

**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 ADMISSINAL OFICIAL**

Para realização da Perícia Admissinal 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 Admissinal 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 Admissinal 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](mailto: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/C75A-0921-A734-60E1> e informe o código C75A-0921-A734-60E1





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

ANEXOS

- Anexo I – Relação de Candidatos Convocados;
- Anexo II – Ficha de Informações Para Exame Pré-admissional;
- Anexo III - Relação de Exames Médicos;

Rolândia, 16 de Junho de 2026.

**AILTON APARECIDO MAISTRO**  
**Prefeito Municipal**





**Anexo I da Convocação nº 223/2026 – RELAÇÃO DE CANDIDATOS CONVOCADOS**

**Cargo: Médico Psiquiatra**

CLASSIFICAÇÃO FINAL	INSCRIÇÃO	Nome candidato	Data	Horário
20	014.703.275-10	GIULIA GABRIELA ALVES RAMOS	20/07/2026	08:00 h

**Cargo: Técnico de Gestão Municipal A - Administrativo**

CLASSIFICAÇÃO FINAL	INSCRIÇÃO	Nome candidato	Data	Horário
68	014.703.257-74	CESAR RICARDO DE FLAUSINO	20/07/2026	08:00 h
69	014.703.149-12	LUCAS AUGUSTO DA SILVA MATTOS	20/07/2026	08:00 h

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

<sup>1</sup> Pessoa com Deficiência - PCD

<sup>2</sup> Negros



**Anexo II da Convocação nº 223/2026 – 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







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

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?				
<b>Você é ou foi portador de algumas das doenças abaixo:</b>		<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>	<b>NÃO SEI</b>
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.)?	( )	( )	( )
<b>Nome legível do candidato:</b>		<b>Rubrica:</b>		

Assinado por 1 pessoa: ALTON APARECIDO MASTRO  
Para verificar a validade das assinaturas, acesse <https://rolandia.tbcc.com.br/verificacao/C75A-0921-A734-60E1> e informe o código C75A-0921-A734-60E1





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	Cardiopatía	( )	( )
75	Hipertensão	( )	( )	82	Câncer	( )	( )
76	Distúrbio mental	( )	( )	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	NÃO SEI
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?							
95	Quais foram os seus últimos dois vínculos empregatícios		Função		Tempo		
<b>Último:</b>							
<b>Penúltimo:</b>							
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?						
<b>Declaro que todas as informações acima são verdadeiras e por elas assumo inteira responsabilidade, nos termos da lei.</b>							
<b>Nome legível do candidato:</b>							
_____							
<b>Assinatura:</b> _____ <b>Rolândia,</b> _____ / _____ / _____.							



**ANEXO III da Convocação 223/2026 – RELAÇÃO DE EXAMES MÉDICOS**

**Exames Obrigatórios**

- **AVALIAÇÃO PSQUIÁTRICA** 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 Vacinação do 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.**



## VERIFICAÇÃO DAS ASSINATURAS



Código para verificação: C75A-0921-A734-60E1

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



AILTON APARECIDO MAISTRO (CPF 152.XXX.XXX-00) em 16/06/2026 18:37:33 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/C75A-0921-A734-60E1>