

SECRETARIA: SECRETARIA MUNICIPAL DA EDUCAÇÃO E CULTURA – SMEC

Identificação:

Nome (Sem abreviar):

CPF:

Data de Nascimento:

Estado Civil:

Município de Nascimento:

UF:

Escolaridade:

Formação:

Pós-Graduação:

Endereço:

Nº Residência:

Bairro:

Município:

Complemento:

CEP:

Telefone de Contato:

E-mail:

Cargo Pleiteado:

ASSISTENTE/ CUIDADOR ESCOLAR

Função/Competência do Cargo (Conforme o Edital):

- Cumprir com zelo e responsabilidade o que preconiza a Lei Complementar nº 003/2012, a Lei nº 1.411/12 e Nota técnica nº 19/2010-MEC/SEESP/GAB;
 - Prestar auxílio individualizado às atividades de locomoção, higiene e alimentação aos alunos, público alvo de Creche e Educação Especial, zelando pelo bem estar, saúde, cultura, recreação e lazer, em sala de aula e/ou no intervalo escolar de acordo com as necessidades e especificidades apresentadas pelo aluno;
 - Realizar procedimentos e cuidados de higiene dos alunos, público alvo de Creche e Educação Especial, assistindo as atividades de vida diária (alimentação, banho, vestiário, higiene pessoal, locomoção);
 - Disponer de cuidado aos alunos público alvo de Creche e Educação Especial de acordo com as necessidades e / ou deficiências apresentadas para evitar possíveis acidentes e transitar com segurança nas dependências físicas do ambiente escolar;
 - Auxiliar os alunos público alvo de Creche e Educação Especial, individualmente, mediante orientação da equipe escolar, nas atividades pedagógicas, lúdicas e artísticas, sendo acompanhadas pelo Professor e / ou Professor da Sala de Recurso Multifuncional – SRM e demais profissionais;
 - Observar o aluno na chegada e saída da instituição escolar, identificando suas vestimentas e pertences pessoais, bem como, informar quaisquer fatos relevantes à gestão da escola;
 - Auxiliar na promoção de ações de socialização e integração harmoniosa entre os alunos;
 - Estimular o desenvolvimento do aluno público alvo de Creche e Educação Especial, respeitando os seus valores, sua individualidade, sua faixa etária e seus diferentes níveis de evolução física, emocional, cognitiva e social, considerando suas necessidades e limitações;
 - Realizar, estimular, controlar e acompanhar a ingestão de líquidos e alimentos variados, observando as orientações da família e prescrição de especialistas, de acordo a necessidade individual do aluno, sob a coordenação da Gestão da Instituição escolar.
 - Observar e informar ao professor e a gestão escolar, qualquer reação estranha quanto ao aspecto físico do aluno público alvo de Creche e Educação Especial;
 - Controlar e acompanhar, se caso for necessário, o horário e ingestão de medicamentos, sob a coordenação da gestão da instituição escolar, a orientação da família e/ou prescrição de especialista;
 - Acompanhar integralmente o aluno no decorrer de todas as atividades propostas na instituição escolar, sob coordenação do Professor e da Gestão da escola.
- Cumprir com zelo e responsabilidade suas atribuições junto ao aluno público alvo de Creche e Educação Especial, em consonância com as diretrizes Municipais e a Legislação vigente.



Possui Vínculo Com Serviço Público: () SIM () NÃO		
Secretaria:	Setor de Lotação:	Telefone:
Cargo (01):	Matrícula (01):	
Cargo (02):	Matrícula (02):	
Vínculo Funcional: () Estatutário () Cargo Comissionado () Celetista/Seletivado		
Possui Outros Vínculos (Privado): () SIM () NÃO		
Está no Exercício de suas Funções? () SIM () NÃO		

ORIENTAÇÕES GERAIS AO CANDIDATO APROVADO EM CONCURSO PÚBLICO:

- SENDO DE SEU CONHECIMENTO, INFORMAR O MÉDICO PERITO SE É PORTADOR OU SOFREDOR DE DOENÇAS OU LESÕES PREEXISTENTES;
- O FORMULÁRIO DEVERÁ SER CORRETA E TOTALMENTE PREENCHIDO. A OMISSÃO OU OCULTAÇÃO DE INFORMAÇÕES, QUE SEJAM DE CONHECIMENTO DO CANDIDATO APROVADO EM CONCURSO, PODERÁ CARACTERIZAR FRAUDE, COM AS CONSEQUÊNCIAS PREVISTAS EM LEI;
- HAVENDO DÚVIDA SOBRE O PREENCHIMENTO DE CAMPOS ESPECÍFICOS DESTE FORMULÁRIO, DEIXAR EM BRANCO E ESCLARECER NA AVALIAÇÃO COM O MÉDICO PERITO.
- O MÉDICO PERITO PODERÁ SOLICITAR PARECER ESPECIALIZADO E EXAMES COMPLEMENTARES, SE NECESSÁRIO;
- DURANTE O ESTÁGIO PROBATÓRIO O AVALIADO PODERÁ SER CONVOCADO PARA NOVA AVALIAÇÃO PERICIAL.

ANTECEDENTES FAMILIARES

Qualquer de seus familiares direto de pai e mãe, como irmãos, filhos, tios(as), avós mesmo falecidos tem ou tiveram algumas das doenças abaixo:

ASSINALE	PARENTESCO	SIM	NÃO	ASSINALE	PARENTESCO	SIM	NÃO
01. TUBERCULOSE				05. ASMA			
02. DIABETE				06. SURDEZ			
03. DOENÇA DO CORAÇÃO E PRESSÃO ALTA				07. DOENÇA MENTAL			
04. CÂNCER							

ANTECEDENTES PESSOAIS

	SIM		NÃO			SIM		NÃO	
08. DOENÇAS DO CORAÇÃO/PRESSÃO ALTA/INFARTO					16. OTITE CRÔNICA/ZUMBIDOS				
09. DOR NO PEITO/PALPITAÇÕES					17. INSÔNIA				
10. ASMA, BRONQUITE/RINITE, SINUSITE					18. ESTRESSE				
11. TOSSE CRÔNICA					19. FRATURA COM SEQUELAS				
12. DOENÇAS RENAIAS					20. CONVULSÕES				
13. DOENÇAS DO FIGADO (HEPATITE, CIRROSE, ETC.)					21. CONSIDERA-SE PORTADOR DE NECESSIDADES ESPECIAIS				
14. DIABETES					22. FAZ USO DE MEDICAMENTOS CONTROLADOS?				



15. DOENÇAS NO ESTÔMAGO (ULCERA, GASTRITE, ETC)			23. FAZ USO REGULAR DE OUTRO MEDICAMENTO?		
ANTECEDENTES PESSOAIS					
		SIM	NÃO		SIM NÃO
24. RESFRIADOS REPETITIVOS				28. PRATICA ESPORTE COM FREQUÊNCIA?	
25. PERDA DE VISÃO (TOTAL, PARCIAL, ETC.)				29. É ALÉRGICO A ALGUM PRODUTO DE LIMPEZA/FAXINA? QUAL? _____	
26. PERDA DE AUDIÇÃO (TOTAL, PARCIAL, ETC.)				30. É ALÉRGICO A ALGUM TIPO DE MEDICAMENTO? QUAL? _____	
27. JÁ ESTEVE INTERNADO ALGUMA VEZ					

ANTECEDENTES OCUPACIONAIS	SIM	NÃO / NÃO SE APLICA
31. SUA CONDIÇÃO DE SAÚDE ATUAL EXIGE ALGUMA LIMITAÇÃO PARA SEU TRABALHO?		
32. JÁ ESTEVE AFASTADO PELO INSS?		
33. JÁ SOFREU ALGUM ACIDENTE EM TRABALHOS ANTERIORES		
34. CASO POSITIVO FOI EMITIDA (C.A.T) COMUNICAÇÃO DE ACIDENTE DE TRABALHO?		
35. CASO POSITIVO, VOCÊ FICOU COM ALGUMA SEQUELA DO ACIDENTE DE TRABALHO		
36. PODE EXECUTAR TAREFAS PESADAS, DENTRO DO SEU LIMITE DE TOLERÂNCIA?		
37. RECEBEU INDENIZAÇÃO POR ACIDENTE DE TRABALHO?		
38. JÁ APRESENTOU ALGUMA SEQUELA: COMO DOENÇA RELACIONADA DO TRABALHO? DOENÇA OCUPACIONAL?		
39. JÁ ESTEVE AFASTADO DO TRABALHO POR PERÍODO SUPERIOR A 15 (QUINZE) DIAS POR ACIDENTE OU DOENÇA ADQUIRIDA NO SEU TRABALHO, CASO A REPOSTA SEJA SIM, DESCREVA-O. _____		
40. JÁ EXERCEU ALGUM TRABALHO QUE EXIGIA USO DE EPI (EQUIPAMENTO DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL)?		
41. APESENTOU ALGUM PROBLEMA COM USO DO EPI (EQUIPAMENTO DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL)?		
42. JÁ SE SUBMETEU A ALGUM EXAME COMPLEMENTAR EM TRABALHO ANTERIOR COMO: AUDIMETRIA, RX DE TÓRAX, ACUIDADE VISUAL, SANGUE, URINA, FEZES ETC?		
43. DE FORMA RESUMIDA, RELATE SUAS EXPERIÊNCIAS PROFISSIONAIS.		



44. POSSUI ALGUMA QUALIFICAÇÃO? SE SIM, DESCREVA.	
DECLARO PARA TODOS OS FINS DE DIREITO, SEREM AS INFORMAÇÕES PRESTADAS ACIMA VERDADEIRAS. E QUE ESTOU CIENTE DOS RESULTADOS DOS EXAMES E DO PARECER MÉDICO, BEM COMO QUE AUTORIZO O USO DE VERIFICAÇÃO DE PRONTUÁRIOS MÉDICOS, FICHAS MÉDICAS E OUTROS DOCUMENTOS PARA FINS MÉDICO LEGAIS.	
DATA: / /	ASSINATURA DO CANDIDATO APROVADO EM CONCURSO PÚBLICO



HISTÓRICO DE SAÚDE OCUPACIONAL E EXAME FÍSICO

AVALIAÇÃO PERICIAL - MÉDICA (APRESENTADO O PARECER E/OU EXAME)

 APTO INAPTO

DATA E LOCAL: _____

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO_____
ASSINATURA DO SERVIDOR

VERIFIQUE A AUTENCIDADE DESTE DOCUMENTO EM:

<http://portalcidadao.prefeitura.boavista.br/verificacao.aspx> INFORMANDO O CÓDIGO: DC2DDB1