



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:	Função/Competência do Cargo (Conforme o Edital): <b>Atribuição do cargo:</b>  1-Desempenhar suas atividades profissionais, com eficiência e responsabilidade, observando a Legislação em vigor; 2-Elaborar, coordenar, executar e avaliar planos, programas e projetos que sejam do âmbito de atuação da Psicologia; 3-Colaborar, em equipe multiprofissional, no planejamento das políticas de públicas, em nível de macro e microsistemas; 4-Planejar, executar, acompanhar e avaliar processos seletivos, realizando entrevistas e aplicando técnicas psicológicas como testes e dinâmicas de grupo, determinando aptidões, traços de personalidade e outras características pessoais, assegurando a admissão de pessoal adequado aos requisitos do cargo; 5-Realizar entrevistas de entrada e saída do servidor na instituição, fazendo o acompanhamento da movimentação de pessoal, orientando os servidores e obtendo dados e informações úteis para o diagnóstico e tomada de decisões relativas às diferentes funções de recursos humanos e outras áreas; 6-Executar trabalhos de readaptação funcional, realizando análise, diagnósticos e orientação sobre a relação do servidor com a organização; 7-Planejar, executar, coordenar, avaliar e acompanhar programas de treinamento;
------------------	--

**Analista –  
Grupo Especial/Psicólogo**



	<p>8- Orientar e executar diretamente, ou em colaboração com outros profissionais da área, a seleção de estagiários de psicologia, bem como a supervisão deste trabalho, no âmbito dos órgãos do município;</p> <p>9- Proceder ao estudo e análise dos processos intrapessoais e das relações interpessoais, possibilitando a compreensão do comportamento humano individual e de grupo, no âmbito das instituições de várias naturezas, onde quer que se deem estas relações;</p> <p>10- Desenvolver ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde psicológica e psicossocial, tanto em nível individual quanto coletivo;</p> <p>11- Realizar psicodiagnósticos a partir da aplicação de testes, entrevistas e dinâmicas de grupos, com o fim de orientar trabalhos médicos ou psicoterápicos desenvolvidos pelas instituições de saúde, educação ou de assistência social do município;</p> <p>12- Realizar psicoterapia individual ou de grupo, podendo atuar juntamente com profissionais da área de saúde, educação e assistência social, em atendimento às pessoas assistidas pelos serviços, programas e projetos do município;</p> <p>13- Realizar aconselhamento psicológico junto aos usuários e familiares dos serviços, programas e projetos do município;</p> <p>14- Acompanhar programas de pesquisa, treinamento e políticas sociais;</p> <p>15- Promover a saúde e a qualidade de vida das pessoas e das coletividades e contribuir para a eliminação de quaisquer formas de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão;</p> <p>16- Atuar no âmbito da educação, saúde, lazer, trabalho, segurança, justiça, comunidades e comunicação com o objetivo de promover, em seu trabalho, o respeito à dignidade e integridade do ser humano;</p> <p>17- Executar outras atividades correlatas ao cargo.</p>
--	--

Possui Vínculo Com Serviço Público:      ( ) SIM                                      ( ) NÃO		
Secretaria:	Sector 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 DESTES 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. PRÁTICA 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. APRESENTOU 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?		



**Prefeitura Municipal de Boa Vista**  
**Secretaria Municipal de Administração e Gestão de Pessoas**  
**Superintendência de Gestão de Pessoas**  
**Departamento Serviço Especializado em Engenharia de Segurança,=**  
**Medicina do Trabalho e Saúde Ocupacional**



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**

\_\_\_\_\_