



**SUPERINTENDÊNCIA DE GESTÃO DE PESSOAS
DEPARTAMENTO SERVIÇO ESPECIALIZADO EM ENGENHARIA DE SEGURANÇA,
MEDICINA DO TRABALHO E SAÚDE OCUPACIONAL**

Secretaria: PROCURADORIA GERAL DO MUNICÍPIO-PGM

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: CARGO: PROCURADOR MUNICIPAL	<p>Função/Competência do Cargo (Conforme o Edital):</p> <ol style="list-style-type: none"> 1-Assessorar a Prefeita Municipal; prestar consultoria administrativa; 2-Prestar assessoramento jurídico e representar a Administração Municipal, em juízo ou fora dele; exercer em qualquer juízo, instância ou tribunal, mesmo administrativo, a representação ativa e passiva da Administração Direta do Município de Boa Vista; 3-Prestar consultoria e assessoramento jurídico à Administração Pública Municipal; representar e defender os interesses da Fazenda Pública Municipal perante o Conselho Municipal de Contribuintes; 4-Exercer a chefia do procuratório em todos os órgãos da Administração Direta; 5-Elaborar as informações em mandados de segurança impetrados contra ato de qualquer autoridade da Administração Direta; 6-Promover a uniforme interpretação das leis aplicáveis à Administração Municipal Direta e Indireta, por meio de atos de caráter normativo, prevenindo ou dirimindo conflitos entre seus órgãos; 7-Propor ao Prefeito Municipal o ajuizamento de ação de controle de constitucionalidade de lei municipal em face da Constituição do Estado; proceder à inscrição dos créditos da Fazenda Pública Municipal em Dívida Ativa, bem como efetuar a cobrança administrativa e judicial; 8-Representar e defender os interesses da Fazenda Pública Municipal na cobrança administrativa e judicial da dívida ativa e em todo e qualquer feito judicial em que haja interesse fiscal do Município; 9-Assessorar o Prefeito Municipal no processo de elaboração, 	



VERIFIQUE A AUTENTICIDADE DESTE DOCUMENTO EM:

<http://portalcidadao.prefeitura.boavista.br/verificacao.aspx> INFORMANDO O CÓDIGO: BA5DF0F

	<p>revisão e reforma das leis, códigos, decretos e de atos normativos em geral;</p> <p>10-Promover as desapropriações, amigáveis ou judiciais, bem como emitir parecer prévio sobre alienações e transferências, a qualquer título, de bens que integrem ou venham a integrar o patrimônio municipal;</p> <p>11-Auxiliar, quando solicitada e for conveniente ao interesse público, na elaboração das informações em mandados de segurança impetrados contra ato de autoridade da Administração Indireta;</p> <p>12-Celebrar, com órgãos de outras unidades da Federação, ajustes que tenham por objetivo a troca de informações que possam contribuir para o aprimoramento do exercício de sua atividade institucional, bem como para o aperfeiçoamento e especialização dos Procuradores do Município;</p> <p>13-Manter programa de estágio para estudantes de cursos de nível médio e superior que guardem correlação com suas atividades;</p> <p>14-Integrar, quando indicado por ato do chefe do executivo, comissões de licitação, de concurso público, conselhos e órgãos de deliberação colegiada no âmbito da administração municipal direta e indireta; proceder no âmbito do órgão à gestão e ao controle financeiro dos recursos orçamentários previstos na sua Unidade, bem como à gestão de pessoas e dos recursos materiais existentes, em consonância com as diretrizes e regulamentos emanados do Chefe do Poder Executivo;</p> <p>15-Exercer outras atividades correlatas ou que lhe sejam delegadas pela Prefeita Municipal.</p>
--	---

Possui Vínculo Com Serviço Público:	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
Secretaria:	Setor de Lotação:	Telefone:
Cargo (01):	Matrícula (01):	
Cargo (02):	Matrícula (02):	
Vínculo Funcional:	<input type="checkbox"/> Estatutário <input type="checkbox"/> Cargo Comissionado <input type="checkbox"/> Celetista/Seletivado	
Possui Outros Vínculos (Privado):	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
Está no Exercício de suas Funções?	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> 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 AUTENTICIDADE DESTES DOCUMENTOS EM:

<http://portalcidadao.prefeitura.boavista.br/verificacao.aspx> INFORMANDO O CÓDIGO: BA5DF0F