



**CONCURSO PÚBLICO PARA PREENCHIMENTO DE VAGAS DE CARGOS PÚBLICOS DO  
INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA DO MUNICÍPIO DE ROLÂNDIA – IPMR - ROLÂNDIA PREVIDÊNCIA**

**EDITAL N° 002/2025**

**CONVOCAÇÃO DOS CANDIDATOS APROVADOS NO CONCURSO PÚBLICO ABERTO PELO  
EDITAL N° 001/2023 e N° 002/2023.**

A Superintendente do Instituto de Previdência Municipal de Rolândia IPMR – ROLÂNDIA PREVIDÊNCIA, no uso de suas atribuições legais, torna público, para conhecimento dos interessados, a convocação dos candidatos relacionados no Anexo I para Protocolo de Documentos, Aceite da Vaga e Perícia Admisional Oficial, conforme respectiva classificação no Concurso Público aberto pelo Edital nº 001/2023 e 002/2023.

**1. DO PROTOCOLO DE DOCUMENTOS e ACEITE DA VAGA**

O candidato convocado deverá comparecer no dia, local e horário discriminados no Anexo I, com os documentos necessários ao assentamento funcional, arrolados no Anexo II e com o Anexo III devidamente preenchido (Ficha de Informação para Exame Pré-Admisional).

Não serão aceitos documentos ilegíveis, rasurados, danificados, com cortes ou fora da data de validade.

O não comparecimento no prazo estipulado e a ausência de quaisquer documentos obrigatórios ou a falta de comprovação de qualquer dos requisitos exigidos para a admissão no cargo, especificado neste Edital, impedirá a contratação do candidato e exercício da função e, automática e consequentemente, implicará a sua eliminação do Concurso Público e a nulidade da aprovação ou da classificação e perda dos efeitos dela decorrentes, sem prejuízo das sanções penais aplicáveis.

Havendo necessidade de correções, retificações ou inclusão de documentos indicados pelo Instituto de Previdência Municipal de Rolândia, o candidato terá o prazo de 02 (dois) dias úteis para cumprimento.

Verificada a falsidade nos documentos apresentados, será o candidato eliminado do Concurso Público com nulidade da aprovação ou da classificação e dos efeitos decorrentes, sem prejuízo das sanções penais aplicáveis.

São requisitos para a contratação:

- ter nacionalidade brasileira ou portuguesa e, em caso de nacionalidade portuguesa, estar amparado pelo estatuto de igualdade entre brasileiros e portugueses, com reconhecimento do gozo de direitos políticos (parágrafo 1º do artigo 12 da Constituição Federal e Decretos nº 70.391/72 e nº 70.436/72);



## INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA DO MUNICÍPIO DE ROLÂNDIA - IPMR ROLÂNDIA PREVIDÊNCIA

- b) comprovar o preenchimento dos requisitos específicos, mediante apresentação de documentos competentes;
- c) ter completado 18 (dezoito) anos de idade no ato da contratação;
- d) encontrar-se no pleno exercício dos Direitos Civis e Políticos;
- e) estar em dia com as obrigações eleitorais, mediante apresentação de Certidão de Quitação Eleitoral;
- f) estar em dia com as obrigações militares, se do sexo masculino, mediante apresentação de certificado de reservista ou de dispensa de incorporação;
- g) não exercer outro cargo, emprego ou função pública, conforme legislação vigente.

Não poderá assumir o cargo o candidato que tenha sido destituído do cargo por infringência ao artigo 175 incisos X e XII, conforme Lei nº 55/2011 – Estatuto do Servidor de Rolândia.

O candidato aprovado que for convocado para assumir o cargo, somente será nomeado se for considerado apto física e mentalmente para o cargo pretendido, através de avaliação clínica médico-ocupacional e laboratorial, sendo a rotina básica complementada por exames clínicos e/ou laboratoriais especializados, sempre que necessários.

### 2. DA PERÍCIA ADMISSIONAL OFICIAL

Para realização da Perícia Admisional Oficial, o candidato deverá comparecer, IMPRETERIVELMENTE, na data e horário também indicados no Anexo I, na SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, localizada na Rua Duque de Caxias, 331 – Centro, Rolândia/PR, com todos os EXAMES ADMISSIONAIS arrolados no Anexo IV. As despesas dos respectivos exames admissionais ocorrerão às expensas do candidato.

A data e o horário determinados para a realização da Perícia Admisional Oficial não poderão ser alterados a critério do candidato.

Para a avaliação médica, o candidato deverá apresentar-se munido de documento de identidade original, devendo assinar lista de presença.

O não comparecimento ou ausência de qualquer exame médico exigido pelo Médico Perito implicará na desclassificação automática do candidato.

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 Admisional poderão ser sanadas por meio do telefone (43) 3156-4040, das 12:00 às 17h30, ou pelo e-mail [previdencia@rolandia.pr.gov.br](mailto:previdencia@rolandia.pr.gov.br)





INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA DO MUNICÍPIO DE ROLÂNDIA - IPMR  
ROLÂNDIA PREVIDÊNCIA

ANEXOS

- Anexo I - Relação de Candidatos Convocados;
- Anexo II - Relação de Documentos;
- Anexo III - Ficha de Informações Para Exame Pré-Admissional;
- Anexo IV - Relação de Exames Médicos;
- Anexo V – Modelo de Declaração de não acúmulo.

Rolândia, 01 de Outubro de 2025.

*Assinado no original*

**ELUIZA MESSIANO BETTEGA,**

**Superintendente do Instituto de Previdência Municipal.**





INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA DO MUNICÍPIO DE ROLÂNDIA - IPMR  
ROLÂNDIA PREVIDÊNCIA

**Anexo I do Edital Nº 002/2025 - RELAÇÃO DE CANDIDATOS CONVOCADOS**

<b>Cargo: TECNICO DE GESTAO PREVIDENCIARIA</b>						
CL AS S	INSC	NOME	<b>PROTOCOLO DE DOCUMENTOS e ACEITE DA VAGA</b>		<b>PERÍCIA ADMISSIONAL OFICIAL</b>	
			Data	Horário	Data	Horário
5	32100600	HELOISA MIDORI NABESHIMA	08/10/2025	12:00 às 17:30	13/10/2025	10:00
6	32100235	NAJARA REOLON JARDIM	08/10/2025	12:00 às 17:30	13/10/2025	10:30

**LOCAL DE COMPARECIMENTO PARA PROTOCOLO DE DOCUMENTOS e ACEITE DA VAGA:**  
INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA MUNICIPAL DE ROLÂNDIA  
Rua Arthur Thomas, nº 1.648 – Centro  
Rolândia – Paraná

**LOCAL DE COMPARECIMENTO PARA PERÍCIA ADMISSIONAL OFICIAL**  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
Rua Duque de Caixias, 331 – Centro  
Rolândia – Paraná





INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA DO MUNICÍPIO DE ROLÂNDIA - IPMR  
ROLÂNDIA PREVIDÊNCIA

**Anexo II do Edital Nº 002/2025 - RELAÇÃO DE DOCUMENTOS**

**OS REQUISITOS PARA A NOMEAÇÃO DEVERÃO SER COMPROVADOS POR MEIO DOS SEGUINTE DOCUMENTOS**

1.	Certidão negativa de antecedentes criminais da Justiça Federal/selecionar a opção “Certidão Judicial Criminal” no link : <a href="https://www2.trf4.jus.br/trf4/processos/certidao/index.php">https://www2.trf4.jus.br/trf4/processos/certidao/index.php</a>
2.	Certidão negativa de antecedentes criminais da Justiça Estadual, solicitada ao Chefe do Cartório Distribuidor do Fórum de Rolândia. <b>Prazo de emissão - 24 horas;</b>
3.	Última declaração de bens e valores que integram seu patrimônio privado e entregues à Secretaria da Receita Federal;
4.	Declaração de que não exerce outro cargo, emprego ou função pública, nos termos do art. 37, incisos XVI e XVII da Constituição da República Federativa do Brasil, ou provar que solicitou licenciamento do serviço militar; (modelo anexo V) – <b>Apresentação na data da posse.</b>
5.	Certificado de reservista do serviço militar, (se do sexo masculino);
6.	Carteira de identidade expedida pelo Instituto de Identificação do Paraná, conforme Decreto nº 2704, de 25/10/1972;
7.	Documento que informe o número do cadastro de pessoa física - CPF;
8.	Certificado de Reservista (se do sexo masculino);
9.	Título de eleitor
10.	Documento que informe o número do PIS-PASEP, se já for cadastrado
11.	Certidão de Nascimento de filhos menores de 21 anos e CPF (se tiver);
12.	Para filho(a) ou enteado(a) de 21 até 24 anos de idade - para fins de dedução de imposto de renda: Certidão de Nascimento; CPF; Atestado de matrícula em curso de ensino superior ou escola técnica de segundo grau.
13.	Comprovante de endereço atual
14.	Certidão de Quitação Eleitoral Eleitoral (expedir a Certidão no site <a href="http://www.tse.jus.br">www.tse.jus.br</a> )
15.	Certidão de nascimento, casamento, com as respectivas averbações, se for o caso, ou declaração de união estável;
16.	1 (uma) foto 3x4;
17.	Comprovante de conta salário na Caixa Econômica Federal; (será disponibilizado declaração para abertura da conta no dia da entrega dos documentos);
18.	Exame médico admissional. Emitido por perícia oficial do Município de Rolândia no dia agendado para Perícia Médica;
19.	Requisito de Ingresso específico para cada cargo, conforme abaixo:

CARGO	REQUISITOS DE INGRESSO ESPECÍFICO
TECNICO DE GESTAO PREVIDENCIARIA	Ensino Médio Completo. Certificado de conclusão de curso acompanhado do Histórico Escolar



INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA DO MUNICÍPIO DE ROLÂNDIA - IPMR  
ROLÂNDIA PREVIDÊNCIA

**Anexo III do Edital Nº 002/2025- 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 Admisional, 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-admisional com antecedência mínima de 15 minutos.

Declaro estar ciente da data e horário do exame pré-admisional, sendo que o não comparecimento na data e horário agendados portando **todos** os exames indicados no edital implicará em comunicação oficial de ausência e resultará na imediata desclassificação do(a) candidato(a).

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_.

Assinatura do Candidato

**INFORMAÇÕES CADASTRAIS**

**1. DADOS DO PROCESSO DE SELEÇÃO:**

<b>Nº DO EDITAL DE ABERTURA</b>	<b>Nº DO EDITAL DE CONVOCAÇÃO:</b>	<b>CARGO:</b>
<b>TRABALHA OU TRABALHOU NO SERVIÇO PÚBLICO MUNICIPAL DE ROLÂNDIA?</b>		<b>FUNÇÃO:</b>
<input type="checkbox"/> SIM, COMO ESTATUTÁRIO. MATRÍCULA Nº. _____		<b>CANDIDATO PORTADOR DE DEFICIÊNCIA:</b>
<input type="checkbox"/> SIM, COMO CELETISTA/ TERCEIRIZADO <input type="checkbox"/> NÃO		<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO

**2. DADOS PESSOAIS:**

<b>NOME COMPLETO:</b>		<b>DATA DE NASCIMENTO:</b>	
<b>RG (Nº e Estado Expedidor):</b>	<b>CPF:</b>	<b>SEXO:</b> <input type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMININO	
<b>ENDEREÇO:</b>		<b>Nº:</b>	<b>COMPLEMENTO:</b>
<b>BAIRRO:</b>	<b>CEP:</b>	<b>MUNICÍPIO / UF ATUAL:</b>	
<b>TELEFONES PARA CONTATO</b> [Fixo e celular]		<b>NATURAL DA CIDADE DE:</b>	<b>ESTADO CIVIL:</b>
<b>E-MAIL:</b>			
<b>NOME DA MÃE:</b>			
<b>NOME DO PAI:</b>			



INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA DO MUNICÍPIO DE ROLÂNDIA - IPMR  
ROLÂNDIA PREVIDÊNCIA

QUESTIONÁRIO MÉDICO PARA IDENTIFICAÇÃO DE INDIVÍDUOS COM EPILEPSIA - CONFIDENCIAL  
Assinale a resposta para as perguntas apresentadas a seguir.

Perguntas relacionadas a própria saúde		SIM	NÃO
<b>01</b>	Você tem ou teve crises (ataques, acesso, convulsão) na qual perde a consciência e cai subitamente? E na sua família, alguém tem?	( )	( )
<b>02</b>	Você tem ou teve crises em que perde o contato com a realidade (meio) e fica como se estivesse fora do ar? E na sua família, alguém tem?	( )	( )
<b>03</b>	Você tem ou teve crises na qual tem repuxões incontroláveis em braços, pernas, na boca ou vira a cabeça para o lado? E na sua família, alguém tem?	( )	( )
<b>04</b>	Você tem ou teve crises de desmaio e que ao acordar nota que fez xixi ou cocô na roupa sem perceber? E na sua família, alguém tem?	( )	( )
<b>05</b>	Você tem ou teve crises na qual sente sensação ruim de "fundeza" ou bola na "boca do estômago" e que sobe até a garganta e em seguida sai fora do ar, e depois dizem que você ficou mexendo em algo com as mãos ou mastigando ou olhando para algo distante? E na sua família, alguém tem essas crises?	( )	( )
<b>06</b>	Algum médico ou profissional de saúde ou mesmo familiares já lhe disse que você tem ou teve convulsão febril na infância; ou durante alguma doença grave qualquer? E na sua família, alguém teve este problema?	( )	( )
<b>07</b>	Você tem rápidos abalos tipo "choque" nos braços (as coisas caem da mão) ou pernas, com ou sem queda, principalmente pela manhã?	( )	( )
<b>08</b>	Há alguém na sua família com epilepsia?	( )	( )

Declaro que todas as informações acima são verdadeiras e por elas assumo inteira responsabilidade, nos termos da lei.

Nome legível do candidato: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_ Rolândia, / / \_\_\_\_\_.

QUESTIONÁRIO PARA EXAME MÉDICO PRÉ- ADMISSONAL CONFIDENCIAL

Assinale a resposta para as perguntas apresentadas a seguir. Se tiver dúvidas, deixe a resposta em branco e pergunte ao médico na ocasião da sua perícia.

Perguntas relacionadas a própria saúde		SIM	NÃO	NÃO SEI
<b>01</b>	Usa óculos por indicação médica?	( )	( )	( )
<b>02</b>	Tem dificuldade para enxergar?	( )	( )	( )
<b>03</b>	Tem ou já teve alguma inflamação ou doença em seus olhos?	( )	( )	( )
<b>04</b>	Tem sua audição diminuída em um ou ambos os ouvidos?	( )	( )	( )
<b>05</b>	Teve alguma doença nos ouvidos (infecções, zumbidos, etc.)?	( )	( )	( )
<b>06</b>	Tem dores de cabeça frequentes?	( )	( )	( )
<b>07</b>	Tem ou teve tonturas?	( )	( )	( )
<b>08</b>	Ficou alguma vez "sem sentido" (desmaiou?)	( )	( )	( )
<b>09</b>	Teve alguma parte do corpo paralisada?	( )	( )	( )
<b>10</b>	Sua pele tem alguma anormalidade?	( )	( )	( )
<b>11</b>	Sua pele tem alguma doença crônica?	( )	( )	( )
<b>12</b>	Tem alergias ou intolerâncias (alimentos, fatores ambientais, substâncias, etc.)	( )	( )	( )
<b>13</b>	Tossiu ou cuspiu sangue alguma vez?	( )	( )	( )
<b>14</b>	Tem ou teve alguma doença pulmonar (do pulmão)?	( )	( )	( )
<b>15</b>	Sente falta de ar?	( )	( )	( )
<b>16</b>	Tem pressão alta / hipertensão arterial?	( )	( )	( )
<b>17</b>	Seu coração, às vezes, bate mais rápido ou teve alguma doença do coração?	( )	( )	( )

Nome legível do candidato: \_\_\_\_\_

Rubrica: \_\_\_\_\_

Assinado por 1 pessoa: ELLIZA MESSIANO BETTEGA  
Para verificar a validade das assinaturas, acesse <https://previdenciatorolandia.tdoc.com.br/verificacao0188-84FD-C5BE-6C01> e informe o código 0188-84FD-C5BE-6C01





INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA DO MUNICÍPIO DE ROLÂNDIA - IPMR  
ROLÂNDIA PREVIDÊNCIA

<b>Perguntas relacionada a própria saúde</b>			<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>	<b>NÃO SEI</b>
<b>18</b>	Possui alguma deficiência, limitação ou deformidade física?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Se sim, quais?					
<b>19</b>	Tem tido inchaço (edema) nas pernas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>20</b>	Tem ou teve problemas de hemorroidas ou varizes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>21</b>	Seus dentes necessitam de tratamento?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>22</b>	Tem problemas intestinais ou estomacais?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>23</b>	Eliminou sangue nas suas fezes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>24</b>	Sua pele já ficou totalmente amarelada (icterícia)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>25</b>	Tem ou teve algum problema de rins ou bexiga?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>26</b>	Perdeu alguma vez sangue ou proteínas pela urina?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>27</b>	Tem ou teve doenças sexualmente transmissíveis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>28</b>	Tem dores ou outros problemas na sua coluna vertebral?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>29</b>	Tem habitualmente dores nas juntas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>30</b>	As suas juntas as vezes ficam inchadas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>31</b>	Engordou ou emagreceu mais de 5 quilos nos últimos 6 meses?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>32</b>	Tem ou já teve problemas com peso inadequado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>33</b>	Foi tratado(a) de algum câncer ou tumor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>34</b>	Foi operado(a)? (fez alguma cirurgia) – inclusive cesárea.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Se sim, qual?					
<b>35</b>	Teve alguma ferida séria?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>36</b>	Sofreu algum acidente em que se machucou?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>37</b>	Quebrou, trincou ou deslocou algum osso?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>38</b>	Faz ou fez uso de cigarro? (mesmo eventual)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>39</b>	Faz ou fez uso de bebidas alcoólicas? (mesmo eventual)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>40</b>	Faz ou já fez uso de outras drogas? (mesmo eventual)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>41</b>	Tem ou teve insônia ou dificuldade para dormir?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>42</b>	Tem se sentido muito nervoso(a)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>43</b>	Já fez ou está fazendo acompanhamento psiquiátrico ou psicológico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>44</b>	Faz ou já fez uso de medicações calmantes, para dormir, para ansiedade ou depressão?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>45</b>	Tem intranquilidade no lar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>46</b>	Esteve internado em hospital/Clínicas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>47</b>	Já recebeu transfusões sanguíneas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>48</b>	No momento está fazendo algum tratamento médico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Se sim, qual?					
<b>49</b>	Faz ou tem feito uso habitual de algum medicamento?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Se sim, qual?					
<b>50</b>	Faz atividades físicas, esportivas e/ou de lazer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Se sim, quais e com que frequência?					
<b>51</b>	Tem ou teve algum distúrbio da voz ou rouquidão? Fez ou faz tratamento?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>52</b>	Esteve em consulta médica nos últimos 12 meses?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Quais especialidades?					
<b>53</b>	Faz acompanhamento médico regular?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Se sim, quais e/ou por quê?					
<b>Você é ou foi portador de alguma das doenças abaixo:</b>			<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>	<b>NÃO SEI</b>
<b>54</b>	Colesterol alto?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>55</b>	Doença cardíaca / do coração?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>56</b>	Asma?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>57</b>	Rinite?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>58</b>	Tuberculose?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>59</b>	Bronquite?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>60</b>	Doenças do fígado (hepatite, cirrose ou outras)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>61</b>	Refluxo gastresofágico ou gastrite?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>62</b>	Algum tipo de hérnia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>63</b>	Doença do pâncreas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>64</b>	Diabetes / açúcar alto no sangue?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>65</b>	Doença dos Rins (cálculos, infecções, cólica, etc.)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Nome legível do candidato:</b>			<b>Rubrica:</b>		

Assinado por 1 pessoa: ELUIZA MESSIANO BENTEGAS  
Para verificar a validade das assinaturas, acesse <https://previdenciatorolandia1.todoc.com.br/verificacao/0188-84FD-C5BE-6C01>





INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA DO MUNICÍPIO DE ROLÂNDIA - IPMR  
ROLÂNDIA PREVIDÊNCIA

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	Cardiopatia	( )	( )
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
----	---	--------	-------

Último:	
---------	--

Penúltimo:	
------------	--

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?
----	--

**Declaro que todas as informações acima são verdadeiras e por elas assumo inteira responsabilidade, nos termos da lei.**

**Nome legível do candidato:**

**Assinatura:** \_\_\_\_\_ **Rolândia, / / .**



**ANEXO IV do Edital N° 002/2025 - RELAÇÃO DE EXAMES MÉDICOS**

**Quadro 1 - Cargo e Função**

Técnico de Gestão Previdenciária

**Quadro 2 - Exames Obrigatórios**

- **AVALIAÇÃO PSIQUIÁTRICA** 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 médico especialista 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;
- **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- ADMISSİONAL"** 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 ergométricoAvaliação 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.**





**ANEXO V do Edital Nº 002/2025 - MODELO DE DECLARAÇÃO DE NÃO ACÚMULO**

**DECLARAÇÃO DE NÃO ACÚMULO DE CARGOS OU EMPREGOS PÚBLICOS**

Eu, [NOME COMPLETO], declaro para os devidos fins e para que surtam os efeitos legais que não ocupo outro cargo ou emprego público em qualquer das esferas do governo, bem como não percebo benefício proveniente de regime próprio de previdência social ou do Regime Geral de Previdência Social relativo a emprego público (art. 37, § 10 da CF), ressalvadas as exceções previstas no art. 37, incisos XVI e XVII, da Constituição Federal.

As exceções constitucionalmente admitidas estão especificadas a seguir:

OUTRO VÍNCULO	ÓRGÃO/ENTIDADE OUTRO VÍNCULO	CARGA HORÁRIA DO OUTRO VÍNCULO	HORÁRIO DE TRABALHO DO OUTRO VÍNCULO	REMUNERAÇÃO DO OUTRO VÍNCULO	HORÁRIO DE TRABALHO DO VÍNCULO DESTA ADMISSÃO

E, por ser a expressão da verdade, firmo a presente sob as penas da lei.

[LOCAL, DATA E ASSINATURA]

**INSTRUÇÕES PARA PREENCHIMENTO DOS CAMPOS**

1. NOME: preencher com os nomes dos admitidos que possuem segundo vínculo;
2. OUTRO VÍNCULO: informar a natureza do outro vínculo (ex.: cargo, emprego, aposentadoria, etc.), bem como o nome do cargo/emprego do outro vínculo;
3. ÓRGÃO/ENTIDADE: informar o órgão ou entidade com a qual o admitido mantém o outro vínculo;
4. CARGA HORÁRIA: informar a carga horária do outro vínculo;
5. HORÁRIO DE TRABALHO: informar o horário de trabalho do outro vínculo;
6. REMUNERAÇÃO: informar a remuneração referente ao outro vínculo.

**NOME COMPLETO**

**ASSINATURA**



## VERIFICAÇÃO DAS ASSINATURAS



Código para verificação: 0188-84FD-C5BE-6C01

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

- ✓ ELUIZA MESSIANO BETTEGA (CPF 037.XXX.XXX-42) em 01/10/2025 14:16:25 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://previdenciarolandia.1doc.com.br/verificacao/0188-84FD-C5BE-6C01>