



AUTARQUIA MUNICIPAL DE SERVIÇOS DE OBRAS DE MARICÁ
DIRETORIA OPERACIONAL DE ADMINISTRAÇÃO E FINANÇAS
DIVISÃO JURÍDICA DE CONTRATOS
www.marica.rj.gov.br

ERRATA

ERRATA DO EDITAL DE CONVOCAÇÃO SOMAR Nº 05 DE 17 DE DEZEMBRO DE 2024, REFERENTE AO EDITAL DO CONCURSO PÚBLICO SOMAR 001/2022.

RETIFICAÇÃO DOS ITENS 2, 4 e 7, E DO ANEXO IV CONSTANTES DO EDITAL DE CONVOCAÇÃO SOMAR Nº 05, DE 17 DE DEZEMBRO 2024, PUBLICADO NO JOM Nº 1677 DE 18 DE DEZEMBRO, ANO XVI, ÀS FLS.124 A 126.

ONDE SE LÊ:

“2. O Exame Médico Admissional será realizado no Instituto de Seguridade Social de Maricá – ISSM, situado à Rua Amadeu Pugliese, 28 - Mumbuca, Maricá-RJ, CEP 24913-710. Telefone: (21) 2637-3680”.

(...)

4. O prazo para a realização do Exame Médico Admissional será terminativo, não fazendo jus à posse o(a) candidato(a) convocado(a) que não apresentar o atestado admissional emitido pelo Instituto de Seguridade Social de Maricá – ISSM até a data designada ao candidato no Anexo II ou, em último caso, no dia 03/02/2025, quando houver pendências ou necessidade de exames complementares.

(...)

7. A posse e o exercício serão dados somente para aquele(a) que apresentar todos os documentos obrigatórios (original e cópia), relacionados no Anexo I do presente edital, juntamente com o atestado admissional emitido pelo Instituto de Seguridade Social de Maricá – ISSM.

(...)



AUTARQUIA MUNICIPAL DE SERVIÇOS DE OBRAS DE MARICÁ
DIRETORIA OPERACIONAL DE ADMINISTRAÇÃO E FINANÇAS
DIVISÃO JURÍDICA DE CONTRATOS
www.marica.rj.gov.br

ANEXO IV



ESTADO DO RIO DE JANEIRO PREFEITURA
MUNICIPAL DE MARICÁ
INSTITUTO DE SEGURIDADE SOCIAL DE MARICÁ
Rua Amadeu Pugliese, 28 - Centro - Maricá - RJ - Tel.: 2637-3680

ANEXO IV

Nome: _____			
Endereço: _____			
Bairro: _____	Cidade: _____	UF: _____	Tel: _____ Cel: _____

Naturalidade: _____	Nacionalidade: _____	Estado Civil: _____	
CPF: _____	Identidade n°: _____	Órgão Emissor: _____	
Sexo: () M () F	Data de Nascimento: ____/____/____	Idade: _____	

Questionário

Observações:

- Suas doenças anteriores são de grande importância. Precisamos saber sobre sua saúde;
- Tendo dúvida sobre qualquer questão, peça esclarecimento;
- As respostas a este questionário serão guardadas sigilosamente;
- Responda cuidadosamente o questionário e entregue ao médico por ocasião do exame médico.

1. Usa óculos ou lente de contato? () Sim () Não
2. Possui algum tipo de alergia? () Sim () Não Qual? _____
3. Realizou alguma cirurgia anterior? () Sim () Não Qual? _____
4. Tem alguma fratura anterior? () Sim () Não Qual? _____
5. Possui doenças de pele? () Sim () Não Qual? _____
6. Possui doenças no pulmão? () Sim () Não Qual? _____
7. Possui doenças no coração? () Sim () Não Qual? _____
8. Tem hipertensão arterial? () Sim () Não
9. Usa óculos ou lente de contato? () Sim () Não
10. Possui algum tipo de alergia? () Sim () Não Qual? _____
11. Realizou alguma cirurgia anterior? () Sim () Não Qual? _____
12. Tem alguma fratura anterior? () Sim () Não Qual? _____



AUTARQUIA MUNICIPAL DE SERVIÇOS DE OBRAS DE MARICÁ
DIRETORIA OPERACIONAL DE ADMINISTRAÇÃO E FINANÇAS
DIVISÃO JURÍDICA DE CONTRATOS
www.marica.rj.gov.br

-
13. Possui doenças de pele? Sim Não Qual? _____
14. Possui doenças no pulmão? Sim Não Qual? _____
15. Possui doenças no coração? Sim Não Qual? _____
16. Tem hipertensão arterial? Sim Não
17. Usa óculos ou lente de contato? Sim Não
18. Possui algum tipo de alergia? Sim Não Qual? _____
19. Realizou alguma cirurgia anterior? Sim Não Qual? _____
20. Tem alguma fratura anterior? Sim Não Qual? _____
21. Possui doenças de pele? Sim Não Qual? _____
22. Possui doenças no pulmão? Sim Não Qual? _____
23. Possui doenças no coração? Sim Não Qual? _____
24. Tem hipertensão arterial? Sim Não
25. Já teve infarto no miocárdio? Sim Não
26. Tem diabetes? Sim Não
27. Tem epilepsia? Sim Não
28. Faz uso de medicamentos? Sim Não Qual? _____
29. Data da última menstruação _____ / _____ / _____
30. Tem doença sexualmente transmissível? Sim Não Qual? _____
31. Tem doença psiquiátrica? Sim Não Qual? _____
32. Tem doença neurológica? Sim Não Qual? _____
33. Tem anemia? Sim Não
34. É fumante? Sim Não
35. Faz uso de bebidas alcoólicas? Sim Não
Explique: _____
36. É dependente químico? Sim Não Qual substância? _____
37. Algum outro tipo de doença ou exposição que não foi abordado? Sim
 Não



AUTARQUIA MUNICIPAL DE SERVIÇOS DE OBRAS DE MARICÁ
DIRETORIA OPERACIONAL DE ADMINISTRAÇÃO E FINANÇAS
DIVISÃO JURÍDICA DE CONTRATOS
www.marica.rj.gov.br

38. Já esteve em benefício pelo INSS ou outro regime de previdência? () Sim () Não

Declaro que as respostas acima, por mim dadas, são completas e verdadeiras.

Assinatura do candidato

LEIA-SE:

“2. O Exame Médico Admissional será realizado pelo GEMT MEDICINA DO TRABALHO E SERVIÇOS ESPECIALIZADOS LTDA, situado na Rua Clímaco Pereira, n.º 153 – Quadra 85 – Lote 03 – Araçatiba – Maricá/RJ – CEP 24.902-035. Telefone: (21) 2636-8515.

(...)

4. O prazo para a realização do Exame Médico Admissional será terminativo, não fazendo jus à posse o(a) candidato(a) convocado(a) que não apresentar o atestado admissional emitido pelo GEMT MEDICINA DO TRABALHO E SERVIÇOS ESPECIALIZADOS LTDA até a data designada ao candidato no Anexo II ou, em último caso, no dia 03/02/2025, quando houver pendências ou necessidade de exames complementares. Na mesma data, o(a) candidato(a) poderá apresentar as pendências de documentos na SOMAR, sediada à Rua Raul Alfredo de Andrade, s/n – Caxito.

(...)

7. A posse e o exercício serão dados somente para aquele(a) que apresentar todos os documentos obrigatórios (original e cópia), relacionados no Anexo I do presente edital, juntamente com o atestado admissional emitido pela GEMT MEDICINA DO TRABALHO E SERVIÇOS ESPECIALIZADOS LTDA.

(...)



AUTARQUIA MUNICIPAL DE SERVIÇOS DE OBRAS DE MARICÁ
DIRETORIA OPERACIONAL DE ADMINISTRAÇÃO E FINANÇAS
DIVISÃO JURÍDICA DE CONTRATOS
www.marica.rj.gov.br

Anexo IV

SAÚDE PARA SUA EMPRESA		PROGRAMA DE SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA																					
GEMT GESTÃO EM MEDICINA DO TRABALHO		AVALIAÇÃO MÉDICA OCUPACIONAL/ Empresa _____																					
<input type="checkbox"/> Admissional		<input type="checkbox"/> Demissional	<input type="checkbox"/> Mudança de Função																				
		<input type="checkbox"/> Periódico	<input type="checkbox"/> Retorno ao Trabalho																				
1º IDENTIFICAÇÃO																							
NOME: _____		RG: _____	CHAPA: _____																				
IDADE: _____	ESTADO CIVIL: _____	FUNÇÃO: _____																					
ENDEREÇO: _____		BAIRRO: _____	CEP: _____																				
CIDADE: _____	TEL RES.: _____	CEL: _____																					
2º HISTÓRIA ATUAL																							
1 Problemas nos Olhos/ Visão? () sim () não	16 Dores nos braços? () sim () não	Para as Mulheres:																					
2 Problemas Auditivos/ Ouvido? () sim () não	17 Dor nos punhos? () sim () não	24 Fez exame de papanicolau																					
3 Bronquite/ Asma? () sim () não	18 Dor nos Ombros? () sim () não	no último ano? () sim () não																					
4 Sinusite/ Rinite? () sim () não	19 Fraturas? () sim () não																						
5 Hérnias? () sim () não	20 Atividade Física/Esportiva? () sim () não																						
4 Varizes? () sim () não	Qual? _____																						
5 Problema de Estômago/ Azia? () sim () não	21 Foi Operado? () sim () não																						
6 Pedra no Rins/ Sangue na Urina? () sim () não	Motivo _____																						
7 Diabetes? () sim () não	22 Tem Operação por fazer? () sim () não																						
8 Cistos/ Tumores? () sim () não	Qual? _____																						
9 Problemas Cardíacos/ Coração? () sim () não	23 Distúrbios Alérgicos /																						
12 Problemas de pressão alta? () sim () não	Alergia à Medicamentos? Quais? () sim () não																						
13 Problemas de pele? () sim () não																							
14 Dores nas pernas? () sim () não																							
15 Dores nas costas? () sim () não																							
3º HISTÓRIA OCUPACIONAL																							
25 Já teve Acidente ou doença do Trabalho? () não () sim. Quantas vezes? _____																							
26 Apresenta alguma limitação por acidente de trabalho? () não () sim. Qual? _____																							
<table border="1"><thead><tr><th>Nome das últimas empresas em que trabalhou</th><th>Função</th><th>Setor</th><th>Quanto tempo trabalhou</th></tr></thead><tbody><tr><td></td><td></td><td></td><td>mês/ ano</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></tbody></table>				Nome das últimas empresas em que trabalhou	Função	Setor	Quanto tempo trabalhou				mês/ ano												
Nome das últimas empresas em que trabalhou	Função	Setor	Quanto tempo trabalhou																				
			mês/ ano																				
5º ANTECEDENTES FAMILIARES, ALGUM PARENTE (TEM OU TEVE).																							
Infarto () sim () não	Diabetes () sim () não	Derrame () sim () não	Câncer () sim () não																				
			Pressão alta () sim () não																				
6º VACINAS																							
Tétano () sim () não. Quando? _____	Gripe () sim () não. Quando? _____																						
Febre Amarela () sim () não. Quando? _____	Hepatite B () sim () não. Quando? _____																						
7º SÓ PARA MULHERES																							
Você está grávida? () sim () não. Você utiliza algum método anticoncepcional? () não () sim. Citar: _____																							
Data da última menstruação ____ / ____ / ____	Quantos: Filhos? _____	Abortos? _____	Parto normal? _____ Cesária? _____																				
Declaro a veracidade das informações prestadas acima;																							
Assinatura do colaborador: _____			Data: ____ / ____ / ____																				
COMENTÁRIOS MÉDICOS																							



AUTARQUIA MUNICIPAL DE SERVIÇOS DE OBRAS DE MARICÁ

AUTARQUIA MUNICIPAL DE SERVIÇOS DE OBRAS DE MARICÁ
DIRETORIA OPERACIONAL DE ADMINISTRAÇÃO E FINANÇAS
DIVISÃO JURÍDICA DE CONTRATOS

www.marica.rj.gov.br

MARICÁ, 09 DE JANEIRO DE 2025

FRANCISCO DE ASSIS IGNACIO LAMEIRA
PRESIDENTE DA AUTARQUIA DE SERVIÇOS DE OBRAS DE MARICÁ – SOMAR
Matrícula n.º 500.006