

ESTADO DO CEARÁ

PREFEITURA MUNICIPAL DE TIANGUÁ

CONVOCAÇÃO COMPLEMENTAR PARA AVALIAÇÃO MÉDICA DOS CANDIDATOS

PCD'S AO EDITAL 004/2025 DO CONCURSO PÚBLICO

A Prefeitura Municipal de Tianguá - CE, pessoa jurídica de direito público interno, neste ato representado pelo Prefeito, Exmo. Sr. **ALEX ANDERSON NUNES DA COSTA**, no uso de suas atribuições legais torna público o Edital de **CONVOCAÇÃO PARA A AVALIAÇÃO MÉDICA PARA PCDs**, do Concurso Público regido pelo Edital nº 004/2025 para provimento dos cargos efetivo de GUARDA CIVIL MUNICIPAL e AGENTE DE TRÂNSITO e comunica que referido edital se encontra disponível no site CONSULPAM (www.consulpam.com.br)

1. DAS DISPOSIÇÕES PRELIMINARES

- 1.1 Para a realização do procedimento de AVALIAÇÃO MÉDICA PARA PCDs, o candidato deverá observar principalmente o Capítulo 5 – DAS RESERVAS DE VAGAS, item 5.2. DA AVALIAÇÃO DOS EXAMES MÉDICOS PARA PCD'S do Edital n. 004/2025.
- 1.2 Após o fechamento dos portões será proibido o acesso ao local dos procedimentos.
- 1.3 Os candidatos não poderão realizar o procedimento em horários e datas diferentes dos constantes no presente edital de convocação.
- 1.4 O candidato deverá estar munido de documentação de identificação conforme descrito no subitem 15.4 do Edital n. 004/2025.
- 1.5 O candidato que, por qualquer motivo ou recusa, não comparecer ou permanecer no local do procedimento no horário e dia informado no edital de convocação ou desistir do procedimento terá o fato consignado em ata e deixará de concorrer categoria de vagas reservadas do respectivo procedimento do Concurso Público.

2. DO LOCAL DE REALIZAÇÃO

- 2.1 A Avaliação Médica para PCD será realizada presencialmente em Tianguá/CE.
- 2.2 A relação dos candidatos convocados para a Avaliação Médica para PCD está no Anexo I desta convocação.
- 2.3 Local: SERÁ VIA CHAMADA (WHATSAPP OU GOOGLO MEET).
- 2.4 **A Avaliação Médica será realizada no dia 20 de janeiro de 2026, através de vídeo, via whatsapp ou googlo Meet. Às(15h).**
- 2.5 O candidato deverá acessar o seu e-mail para onde será designado o envio do link para a realização da avaliação, com antecedência mínima de 60 minutos do horário fixado para o início da avaliação.

3. DISPOSIÇÕES GERAIS

- 3.1 O candidato deverá comparecer à Avaliação Médica para PCD portando, obrigatoriamente, os seguintes documentos, que serão retidos pela Comissão durante a entrevista:
 - a) documento de identidade original com foto;

- b) laudo médico (original ou cópia autenticada em cartório), de acordo com o modelo constante do ANEXO II (presente ao fim deste edital), que ateste a espécie e o grau ou nível de deficiência, com expressa referência ao código correspondente da Classificação Internacional de Doenças (CID), conforme especificado no Decreto Federal nº 3.298/1999, e suas alterações, bem como a provável causa da deficiência;
- c) se for o caso, de exames complementares específicos que comprovem a deficiência física;
- 3.2 A não observância do disposto no subitem 3.1, a reprovação na Avaliação Médica ou o não comparecimento à entrevista acarretarão a perda do direito aos quantitativos reservados aos candidatos em tais condições.
- 3.3 O laudo médico (original ou cópia autenticada em cartório) será retido pelo Instituto CONSULPAM por ocasião da realização da Avaliação Médica para PCDs.
- 3.4 O candidato com deficiência auditiva deverá apresentar, além do laudo médico ou do laudo caracterizador de deficiência, exame audiométrico – audiometria realizado no máximo 12 meses anteriores ao último dia de inscrição neste concurso público. Caso o candidato utilize Aparelho de Amplificação Sonora Individual (AASI), deverá apresentar audiometria sem AASI.
- 3.5 O candidato com deficiência visual deverá apresentar o laudo médico ou o laudo caracterizador de deficiência com informações expressas sobre a acuidade visual aferida com e sem correção e sobre a somatória da medida do campo visual em ambos os olhos.
- 3.6 O candidato com deficiência física deverá apresentar o laudo médico ou o laudo caracterizador de deficiência com a descrição detalhada dos impedimentos físicos, as alterações anatômicas e/ou funcionais e especificação das limitações funcionais para a vida diária e a necessidade do uso de apoios, como por exemplo, uso de próteses e/ou órteses, dentre outros.
- 3.7 Perderá o direito de concorrer às vagas reservadas às pessoas com deficiência, o candidato que, por ocasião da avaliação dos exames médicos:
- Deixar de cumprir exigências de que tratam o Edital de regulamentação do Concurso.
 - Não for considerado pessoa com deficiência na avaliação dos exames médicos.
 - Não enviar a documentação necessária para comprovação da deficiência.
- 3.8 O candidato que não for considerado com deficiência na avaliação dos exames médicos, caso seja aprovado no Concurso, figurará na lista de classificação geral, se sua nota no Certame for suficiente.
- 3.9 O candidato com deficiência reprovado na avaliação dos exames médicos em razão de incompatibilidade da deficiência com o exercício das atividades e atribuições do cargo público de sua opção será eliminado do Concurso.
- 3.10 As vagas reservadas às Pessoas com Deficiência para os cargos deste Edital que se tornaram remanescentes em virtude do resultado da Avaliação dos exames médicos, migrarão para o segmento da ampla concorrência
- 3.11 A Perícia Médica Oficial do Município, no uso de suas atribuições, pode, no momento do exame admissional, concluir pela inaptidão do candidato, seja pela incompatibilidade da deficiência com as atribuições do cargo ou pelo não enquadramento do candidato como pessoa com deficiência
- 3.12 Não haverá segunda chamada para a realização da complementação da Avaliação Médica e não será permitida a entrada no local após o horário evidenciado a cada candidato.

ANEXO I – CANDIDATO CONVOCADO

INSCRIÇÃO	NOME	CARGO	DATA	HORÁRIO
000696004807	RYKELME VIEIRA LIMA	AGENTE DE TRÂNSITO	20/01/2026	15H:00

ANEXO II

MODELO DE LAUDO PARA A AVALIAÇÃO MÉDICA DOS CANDIDATOS QUE SE DECLARARAM COM DEFICIÊNCIA

Atesto, para fins de participação em concurso público, que o(a) Senhor(a) **[nome completo do(a) candidato(a)]**, portador do documento de identidade nº **[número do RG do(a) candidato(a)]**, é considerado(a) pessoa com deficiência à luz da legislação brasileira por apresentar a(s) seguinte(s) condição(ões) **[descrição das condições]**, CID-10 **[número do CID]**, que resulta(m) no comprometimento das seguintes funções/funcionalidades **[descrição das funções/funcionalidades]**.

Informo, ainda, a provável causa do comprometimento, conforme o disposto no art. 1º, § 1º, inciso IV, do Decreto nº 12.533/2025, que altera o Decreto nº 9.508/2018, **[causa do comprometimento]**.

[Cidade], [dia] de [mês] de [ano].

[Assinatura do Médico (Carimbo com o CRM)] OBS.:

preencher os dados [DESTACADOS] acima.