

GABINETE DA REITORIA

EDITAL Nº 045/2022-GRE

CONVOCA, EM TRIGÉSIMA PRIMEIRA CHAMADA, CANDIDATOS APROVADOS NO 2º PROCESSO SELETIVO SIMPLIFICADO/2019, PARA CONTRATAÇÃO DE DOCENTE DA UNIOESTE, POR PRAZO DETERMINADO, EM REGIME ESPECIAL, PARA ACEITE DA VAGA.

O Reitor da Universidade Estadual do Oeste do Paraná – UNIOESTE, no uso de suas atribuições estatutárias e regimentais,

considerando o Ato Executivo nº 045/2019-GRE, de 16 de outubro de 2019, a qual aprovou a planilha de vagas a integrar o 2º Processo Seletivo Simplificado/2019 para docentes da Unioeste;

considerando a Portaria nº 1637/2020-GRE, de 27 de abril de 2020, publicada no Diário Oficial do Estado nº 10676, de 29 de abril de 2020, a qual homologou os resultados do 2º Processo Seletivo Simplificado/2019 para contratação de docentes da Unioeste;

considerando o Ato Executivo nº 021/2022-GRE, de 21 de março de 2022, a qual aprovou a ampliação de vagas a integrar o 2º Processo Seletivo Simplificado/2019 para docentes da Unioeste,

RESOLVE:

Art. 1º Convocar, em trigésima primeira chamada, os candidatos nominados no Anexo I deste Edital, para aceite da vaga para a qual foram aprovados no **2º Processo Seletivo Simplificado/2019 da Unioeste**, para contratação de docente por prazo determinado, em regime especial.

Art. 2º Os candidatos, convocados por este Edital, deverão **agendar horário** na Seção de Recursos Humanos dos Campi, no período de **21 a 28 de março de 2022**, no horário das 08 às 11h30min e das 14 às 17 horas, munidos da competente documentação relacionada neste Edital e recebimento de instruções complementares para o processo de contratação.

Art. 3º Para fins de contratação, o convocado, no ato do comparecimento, deve apresentar fotocópia dos documentos:

- I. Cédula de identidade;
- II. CPF;
- III. Título de eleitor e comprovante de última votação;
- IV. Certidão de nascimento ou Casamento;
- V. Certidão de nascimento de filhos menores de 21 anos;
- VI. CPF dos filhos menores de 21 anos;
- VII. Página de identificação da carteira de trabalho e previdência social –

- CTPS (onde consta o nome do portador e o número da carteira);
- VIII. Número de inscrição no PIS/PASEP;
 - IX. Comprovante de quitação de serviço militar, para candidatos do sexo masculino;
 - X. Documento de inscrição no conselho profissional correspondente, quando solicitado como requisito mínimo no momento da inscrição;
 - XI. Comprovante oficial de abertura de conta salário, junto a Caixa Econômica Federal, contendo a agência e o número da conta, com operação nº 037 (Órgão Pagador Obrigatório CNPJ 78.680.337/0001-84 - Reitoria);**
 - XII. Visto permanente, para candidatos estrangeiros;
 - XIII. Comprovante de endereço;
 - XIV. Comprovante de consulta qualificação cadastral.

§ 1º Originais dos documentos relacionados a seguir:

- I. Fotografia 3X4 recente;
- II. Declaração de acúmulo de cargo, em formulário próprio, fornecido pelo Recursos Humanos de que não acumula cargo, emprego ou função pública;
- III. No caso de acúmulo legal (conforme o que é contemplado no artigo 37, inciso XVI, da Constituição Federal, e no artigo 27, inciso XVI da Constituição do Estado do Paraná), à declaração mencionada no inciso II, deve ser anexado documento da carga horária semanal de trabalho, com informação dos horários e distribuição de atividades emitido pelo respectivo órgão;
- IV. Declaração de bens e valores que compõem o seu patrimônio privado, em formulário próprio, fornecido pela PRORH (Anexo VII);
- V. Atestado de Saúde Ocupacional, a ser emitido por Médico desta IES.
- VI. Termo de aceite de opção de vaga (para candidatos convocados nesses termos, conforme previsto no Edital de Abertura);

Art. 4º Além dos requisitos previstos no art. 3º, para fins de comprovação da graduação e da pós-graduação, o candidato deve apresentar:

§ 1º Como comprovantes de graduação:

- I. Uma fotocópia autenticada (em frente e verso) do diploma de graduação em curso reconhecido;
- II. Uma fotocópia autenticada (em frente e verso) do histórico escolar do curso de graduação.

§ 2º Como comprovantes de especialização:

- I. Uma fotocópia autenticada (em frente e verso) do certificado devidamente registrado do curso de especialização, no qual deve constar a área de conhecimento do curso;

- II. Uma fotocópia autenticada (em frente e verso) do histórico escolar do curso de especialização, no qual devem constar, obrigatoriamente:
 - a) Relação das disciplinas, da carga horária e da nota ou conceito obtido e nome e qualificação dos professores responsáveis por elas;
 - b) Período e local em que o curso foi realizado, com a duração total de horas de efetivo trabalho;
 - c) Título da monografia ou do trabalho de conclusão do curso e nota ou conceito obtido;
 - d) Declaração da instituição de que o curso cumpriu todas as disposições da Resolução do Conselho Nacional de Educação, à época da realização do curso;
 - e) Citação do ato legal de credenciamento da instituição, conforme prevê a Resolução do Conselho Nacional de Educação.

§ 3º Como comprovantes de mestrado e doutorado:

- I. Uma fotocópia autenticada do diploma (em frente e verso) ou, na ausência deste, a seguinte documentação:
 - a) Uma fotocópia autenticada (em frente e verso) do histórico escolar expedido após a defesa da dissertação ou da tese;
 - b) Declaração, conforme modelo disponível na forma de Anexo III, da Resolução nº 154/2009-CEPE.

§ 4º Os documentos de pós-graduação exigidos nos § 2º e § 3º devem se referir a cursos ou programas recomendados pela CAPES/MEC e devem estar em conformidade com a Resolução nº 154/2009-CEPE, de 31 de julho de 2009.

§ 5º Os documentos referidos nos parágrafos primeiro, segundo e terceiro deste artigo, quando obtidos no exterior, somente serão aceitos com a devida revalidação no Brasil, na forma da legislação vigente.

§ 6º O candidato convocado deverá apresentar cópia autenticada de todos os documentos que comprovem o cumprimento dos requisitos mínimos exigidos para a vaga e que são aqueles constantes no Edital de abertura nº 104/2019-GRE, de 03 de dezembro de 2019, do 2º Processo Seletivo Simplificado/2019, exceto os documentos já solicitados nos artigos 3º e 4º.

Art. 5º O candidato convocado por este Edital, conforme anexo I, deverá realizar os seguintes exames, para obtenção do Atestado de Saúde Ocupacional:

- I. Hemograma;
- II. Glicemia de jejum;
- III. Creatinina;
- IV. Gama GT;
- V. Parcial de Urina;

- VI. Videolaringoscopia;
- VII. Avaliação oftalmológica (acuidade visual);
- VIII. Compovante de vacinação conforme calendário nacional adulto;
- IX. Exame Clínico a ser realizado na Medicina Ocupacional do SESMT/HUOP.

Art. 6º Os custos com os exames mencionados neste Edital correrão a expensas do candidato, conforme previsto no Edital nº 104/2019-GRE.

Art. 7º A entrega da documentação e a realização do Exame Clínico para a avaliação dos exames e emissão do Atestado de Saúde Ocupacional (ASO), para o candidato convocado neste Edital, serão realizados nos seguintes dias e horários:

- **De 21 a 28 de março de 2022:**

- Das 8h30min às 11h30min ou das 14 às 17 horas, na Seção de Recursos Humanos dos Campi, para aceite de vaga e entrega da documentação arrolada neste Edital, **a ser agendado pelo(a) candidato(a), previamente pelo telefone:**
 - De **Cascavel**, no endereço Rua Universitária, 2069 – Jardim Universitário – telefones: (45) 3220 – 3212; (45) 3220 – 3189 e e-mail: cascavel.rh@unioeste.br.
 - De **Foz do Iguaçu**, no endereço Avenida Tarquínio Joslin dos Santos, 1300 – Região Norte – telefone: (45) 3576-8105 e e-mail: foz.rh@unioeste.br.
 - De **Francisco Beltrão**, no endereço Rua Maringá, 1200 – Bairro Vila Nova – telefones: (46) 3520-4842; (46) 3520-4811 e e-mail: unioeste_rh_fbe@hotmail.com.
 - De **Marechal Candido Rondon**, no endereço Rua Pernambuco, 1777 – Centro – telefone: (45) 3284-7905 e e-mail: rondon.rh@unioeste.br.
 - De **Toledo**, no endereço Rua da Faculdade, 645 – Jardim Santa Maria – telefone: (45) 3379-7009 e e-mail: toledo.rh@unioeste.br.

- **De 21 a 28 de março de 2022:**

- Exame clínico para a avaliação dos exames e obtenção do Atestado de Saúde Ocupacional (ASO), a ser realizado:
 - No Setor de Medicina Ocupacional no **Hospital Universitário do Oeste do Paraná** – HUOP/SESMT, Cascavel (Av. Tancredo Neves, 3224), **a ser agendado pelo(a) candidato(a), previamente pelo telefone (45) 3321-5461**, no horário das 8 às 12 horas e das 13h30min às 17 horas.

- **De 21 a 28 de março de 2022:**

- Entrega do Atestado de Saúde Ocupacional (ASO) e **assinatura de contrato**, das 8h30min às 11h30min ou das 14 às 17 horas, na **Pró-Reitoria de Recursos Humanos/DDH** – Sala 207, Cascavel (Rua Universitária 1619 – Jardim Universitário) **a ser agendado pelo(a) candidato(a), previamente pelos telefones (45) 3220-5686 ou 3220-3119.**

Art. 8º A contratação será efetuada à medida que a documentação apresentada pelo candidato aprovado estiver em conformidade com o disposto neste edital, bem como com a Resolução nº 199/2015-CEPE, de 10 de dezembro de 2015, e Edital nº. 104/2019-GRE;

Art. 9º Se o candidato, convocado por este Edital, não comparecer, nos prazos estabelecidos no Artigo 7º, perderá automaticamente a vaga, e será convocado o candidato com classificação imediatamente posterior, se houver e persistir a necessidade da contratação.

Art. 10º No caso de acúmulo de cargos, o candidato é contratado somente na hipótese de acúmulo previsto no artigo 37 da Constituição Federal ou legislação estadual e institucional pertinente.

Art. 11º O contrato de trabalho se dará sob a forma de Contrato de Regime Especial (CRES), conforme dispõem as Leis Complementares nº 108/2005, de 18-05-2005, e nº 121/2007, de 29-08-2007.

Art. 12º Os casos omissos serão resolvidos pela Pró-Reitoria de Recursos Humanos da Reitoria da Unioeste.

Publique-se. Cumpra-se.

Cascavel, 21 de março de 2022.

ALEXANDRE ALMEIDA WEBBER
Reitor

Anexo I ao Edital nº 045/2022, de 21 de março de 2022 – 2º PSS/2019.

RELAÇÃO DE EXAMES

- Hemograma Completo; - Glicemia em jejum; - Creatinina; - Gama GT; - Parcial de Urina; - Videolaringoscopia; - Avaliação oftalmológica (acuidade visual); - Comprovante de vacinação conforme Calendário Nacional do Adulto.
Exame clínico; - Conforme Art. 5º deste Edital

CANDIDATOS CONVOCADOS

CAMPUS DE FOZ DO IGUAÇU

CENTRO DE ENGENHARIAS E CIÊNCIAS EXATAS – CECE

Área/matéria:	FÍSICA DINÂMICA		
Vaga e Regime:	1 Vaga – RT 20		
PABLO NABUCO PORTES	RG 8.332.840-1	1º Lugar	

CAMPUS DE TOLEDO

CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS E SOCIAIS – CCHS

Área/matéria:	ESTÉTICA		
Vaga e Regime:	1 Vaga – RT 34		
LAURA DE BORBA MOOSBURGER	RG 62.495.265-4	2º Lugar	

Anexo II ao Edital nº 045/2022, de 21 de março de 2022 – 2º PSS/2019.

Pró-Reitoria de Recursos Humanos

Nome _____
R.G. _____ P.S.S. _____
Disciplina _____ RT _____
Centro _____ Campus _____

DOCUMENTOS PESSOAIS

01. [] RG - Cédula de Identidade
02. [] CPF
03. [] Título de Eleitor [] Comprovante da Última Votação
04. [] Certidão de Nascimento ou [] Certidão de Casamento
05. [] Certidão de Nascimento e CPF de Filhos menores de 21 anos
06. [] Página de Identificação da Carteira de Trabalho e Previdência Social - CTPS
07. [] Número de Inscrição no PIS/PASEP
08. [] Comprovante de endereço atualizado
09. [] 01 (uma) Foto 3x4 recente
10. [] Comprovante Oficial de Abertura de Conta Salário (Operação 037) junto à Caixa Econômica Federal
11. [] Comprovante de Quitação de Serviço Militar
12. [] Documento de Inscrição no Conselho Profissional, quanto solicitado como requisito mínimo
13. [] Visto Permanente, para candidatos estrangeiros
14. [] Comprovante da consulta a Qualificação Cadastral - eSocial

FORMULÁRIOS

14. [] Ficha Cadastral (Anexo nº III)
15. [] Ficha de Titulação (Anexo nº IV)
16. [] Declaração de Proventos (Anexo nº V)
17. [] Declaração de Encargos de Família para Fins de Imposto de Renda (Anexo nº VI)
18. [] Declaração de bens e valores que compõem o seu patrimônio privado (Anexo nº VII)
19. [] Declaração de Acúmulo de Cargo (Anexo nº VIII)

20. [] Se o docente possuir outro vínculo precisa apresentar uma declaração da empresa com a carga horária.
21. [] Se o outro vínculo for na Unioeste e o docente for pedir rescisão, apresentar o formulário junto com a documentação.
22. [] Atestado de Saúde Ocupacional e Exames

DOCUMENTAÇÃO REFERENTE A TITULAÇÃO – Resolução 154/2009-CEPE (Fotocópia autenticada)

23. [] Foi conferido se a titulação do(a) docente confere com os requisitos para a vaga no Edital de abertura do PSS. [] SIM [] NÃO
24. [] Diploma de Graduação
25. [] Histórico Escolar da Graduação
26. [] Certificado de conclusão do Curso de Especialização
27. [] Histórico Escolar do Curso de Especialização
28. [] Diploma de Mestrado
- 28.1 [] Histórico Escolar de Mestrado
- 28.2 [] Termo de Compromisso Registrado em Cartório de Títulos (Na ausência do diploma)
29. [] Diploma de Doutorado
- 29.1 [] Histórico Escolar de Doutorado
- 29.2 [] Termo de Compromisso Registrado em Cartório de Títulos (Na ausência do diploma)
30. [] Outros (especificar): _____

Nestes Termos,
Pede Deferimento.

_____, ____ de _____ de _____.

Responsável pelo Recebimento – RH (assinatura obrigatória)

Docente (assinatura obrigatória)

Anexo III ao Edital nº 045/2022, de 21 de março de 2022 – 2º PSS/2019.

FICHA CADASTRAL DOCENTE

1- DADOS PESSOAIS

Nome _____			
Sexo ____	Estado Civil _____	Data de Nasc. _____	Nacionalidade _____
e-mail _____			
Município Naturalidade _____			UF _____
Nome da Mãe _____			
Nome do Pai _____			

2 - DOCUMENTOS

CPF _____	PIS/PASEP _____		
RG _____	Órgão/UF _____	Data de expedição _____	
CTPS _____	Série/UF _____		
Tít. Eleitor _____	Zona _____	Seção _____	Tipo Sangüíneo: _____
Doc. Militar nº _____	Categoria _____	Região (CSM) _____	

3 - ENDEREÇO RESIDENCIAL

Rua _____			
Bairro _____			
Cidade _____	UF ____	CEP _____	- Cx. P. _____
Telefones para contato (____) _____		Celular (____) _____	

4 - BANCO CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

Nº Banco _____	Nº Agência _____	Nº C/C _____
----------------	------------------	--------------

Anexo IV ao Edital nº 045/2022, de 21 de março de 2022 – 2º PSS/2019.

TITULAÇÃO DOCENTE

GRADUADO em: _____

Instituição: _____

Cidade: _____ **Estado:** _____

Data Início: ____/____/____ **Data Término:** ____/____/____

Título da Monografia / Dissertação / Tese:

Áreas de Conhecimento (CNPQ):

ESPECIALIZAÇÃO em: _____

Instituição: _____

Cidade / Estado: _____

Data Início: ____/____/____ **Data Término:** ____/____/____

Título da Monografia / Dissertação / Tese:

Áreas de Conhecimento (CNPQ):

MESTRADO em: _____

Instituição: _____

Cidade / Estado: _____

Data Início: ____/____/____ **Data Término:** ____/____/____

Título da Monografia / Dissertação / Tese:

Áreas de Conhecimento (CNPQ):

DOCTORADO EM: _____

Instituição: _____

Cidade / Estado: _____

Data Início: ____/____/____ **Data Término:** ____/____/____

Título da Monografia / Dissertação / Tese:

Áreas de Conhecimento (CNPQ):

Anexo V ao Edital nº 045/2022, de 21 de março de 2022 – 2º PSS/2019.

PRÓ-REITORIA DE RECURSOS HUMANOS

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins, que eu,
_____, portador(a) do R.G.
nº _____, não percebo proventos decorrentes de aposentadoria, a
serem acumulados com a remuneração do cargo que desempenharei como Docente
da Unioeste.

_____, de _____ de _____.

Assinatura

Anexo VI ao Edital nº 045/2022, de 21 de março de 2022 – 2º PSS/2019.

PRÓ-REITORIA DE RECURSOS HUMANOS

NOME _____

DECLARAÇÃO DE ENCARGOS DE FAMÍLIA PARA FINS DE IMPOSTO DE RENDA

Em obediência à Legislação do Imposto de Renda, venho informar que tenho como encargo de família, as pessoas abaixo relacionadas:

DEPENDENTES CONSIDERADOS COMO ENCARGOS DE FAMÍLIA

Nº de ordem	Nome completo do dependente	Relação de Dependência (código)	Data de nascimento	CPF

CÓDIGO DE RELAÇÃO DE DEPENDÊNCIA

01	Cônjuge com rendimentos	07	Filha viúva sem arrimo
02	Cônjuge sem rendimentos	08	Filha abandonada, sem recursos, pelo marido
03	Companheira	09	Dependente menor sem arrimo
04	Filho menor	10	Dependente inválido sem arrimo
05	Filho inválido	11	Outros (a especificar)
06	Filha solteira		

Não possuo dependentes.

Declaro, sob as Penas da lei, que as informações aqui prestadas são verdadeiras e de minha inteira responsabilidade perante a fiscalização.

_____, ____ de _____ de _____.

Assinatura do declarante

Anexo VII ao Edital nº 045/2022, de 21 de março de 2022 – 2º PSS/2019.

Pró-Reitoria de Recursos Humanos

FORMULÁRIO DE DECLARAÇÃO DE BENS E VALORES – Referência ano:_____

Nome:	
R.G.:	CPF.:

RELAÇÃO DE BENS E VALORES

ITEM	CÓDIGO	DISCRIMINAÇÃO	VALOR
TOTAL			

Número de Dependentes com informação de Declaração de Bens e Valores:	
---	--

DECLARAÇÃO DO SERVIDOR

Declaro, sob as penas da lei, que as informações aqui prestadas são verdadeiras, autorizando a Administração a proceder, por meio eletrônico, à guarda das informações constantes neste formulário, bem como das informações anuais posteriores que atualizarão a presente, resguardado o sigilo destas.

_____, ____ de _____ de _____.

Nome e assinatura

TABELAS


CÓDIGOS DE RELAÇÃO DE DEPENDÊNCIA

11	Companheiro(a) ou cônjuge	31	Pais, avós e bisavós
21	Filho(a) ou enteado(a)	99	Outros
24	Irmão(a), neto(a) ou bisneto(a)		

CÓDIGOS DE BENS

Imóveis		Créditos e Poupança Vinculados	
Código	Descrição	Código	Descrição
01	Prédio residencial	51	Crédito decorrente de empréstimo
02	Prédio comercial	52	Crédito decorrente de alienação
03	Galpão	53	Plano PAIT e caderneta de pecúlio
11	Apartamento	54	Poupança para construção ou aquisição de bem imóvel
12	Casa	59	Outros
13	Terreno	Depósitos à Vista e Numerário	
14	Terra nua	61	Depósito bancário em conta corrente no País
15	Sala ou conjunto	62	Depósito bancário em conta corrente no exterior
16	Construção	63	Dinheiro em espécie - moeda nacional
17	Benfeitorias	64	Dinheiro em espécie - moeda estrangeira
18	Loja	69	Outros
19	Outros	Fundos	
Bens Móveis		71	Fundo de Investimento Financeiro – FIF
21	Veículo automotor terrestre: caminhão, automóvel, motocicleta, etc.	72	Fundo de Aplicação em Quotas de Fundos de Investimento
22	Aeronave	73	Fundo de Capitalização
23	Embarcação	74	Fundo de Ações, inclusive Carteira Livre e Fundo de Investimento no exterior
24	Bem relacionado com o exercício da atividade autônoma	79	Outros
25	Jóia, quadro, objeto de arte, de coleção, antiguidade, etc.	Outros Bens e Direitos	
26	Linha telefônica	91	Licença e concessão especiais
29	Outros	92	Título de clube e assemelhado
Participações Societárias		93	Direito de autor, de inventor e de patente
31	Ações (inclusive as provenientes de linha telefônica)	94	Direito de lavra e assemelhado
32	Quotas ou quinhões de capital	95	Consórcio não contemplado
39	Outros	99	Outros
Aplicações e Investimentos			
41	Caderneta de poupança		
45	Aplicação de Renda Fixa (CDB, RDB e outros)		
46	Ouro, Ativo Financeiro		
47	Mercados Futuros, de Opções e a Termo		
49	Outros		

Anexo VIII ao Edital nº 045/2022, de 21 de março de 2022 – 2º PSS/2019.

 <p>ESTADO DO PARANÁ SISTEMA DE RECURSOS HUMANOS</p>	
DECLARAÇÃO DE ACÚMULO DE CARGO	DESPACHO DO SECRETÁRIO

DADOS PESSOAIS CARGO A SER PROVIDO	NOME _____ RG _____ CARGO _____ ÓRGÃO _____ DATA DE NASC. ____/____/____ SEXO _____ ENDEREÇO RESID: _FONE _____ MUNICÍPIO _____
--	---

IDENTIFICAÇÃO DOS EMPREGOS/CARGOS/FUNÇÕES QUE EXERCE NO SERVIÇO PÚBLICO	ORGÃO _____ ENDEREÇO _____ CARGO _____ () ATIVO () INATIVO () OUTROS DATA DE ADMISSÃO ____/____/____ HORÁRIO _____ DISCIPLINAS (p/ magistério) _____ <hr/> ORGÃO _____ ENDEREÇO _____ CARGO _____ () ATIVO () INATIVO () OUTROS DATA DE ADMISSÃO ____/____/____ HORÁRIO _____ DISCIPLINAS (p/ magistério) _____ <hr/> ORGÃO _____ ENDEREÇO _____ CARGO _____ () ATIVO () INATIVO () OUTROS DATA DE ADMISSÃO ____/____/____ HORÁRIO _____ DISCIPLINAS (p/ magistério) _____
---	--

DECLARO QUE AS INFORMAÇÕES ACIMA PRESTADAS SÃO VERDADEIRAS, RESPONSABILIZANDO-ME NA FORMA DA LEI PELA EXATIDÃO DA PRESENTE DECLARAÇÃO.

A DCRH
EM ____/____/____

VISTO GRHS/SETOR DE PESSOAL

DECLARANTE

SE NÃO EXERCER OUTRO CARGO	DECLARO PARA FINS DE POSSE/ADMISSÃO. QUE NÃO EXERÇO CARGO. EMPREGO OU FUNÇÃO PÚBLICA REMUNERADA, EM ORGAO DA ADMINISTRACAO DIRETA OU INDIRETA NO GOVERNO FEDERAL, ESTADUAL OU MUNICIPAL, OU EM OUTROS PODERES DO ESTADO, RESPONSABILIZANDO - ME NA FORMA DA LEI, PELA EXATIDÃO DA PRESENTE DECLARAÇÃO. A DCRH-DRH EM ____/____/____ VISTO GRHS/SETOR DE PESSOAL
----------------------------	--

DECLARANTE

Anexo IX ao Edital nº 045/2022, de 21 de março de 2022 – 2º PSS/2019.



**GOVERNO DO ESTADO DO PARANÁ
SECRETARIA DE ESTADO DA ADMINISTRAÇÃO E DA PREVIDÊNCIA
DIVISÃO DE MEDICINA E SAÚDE OCUPACIONAL
FICHA DE INFORMAÇÕES MÉDICAS**

ATENÇÃO !!! Leia antes de começar a responder

As informações prestadas nesta ficha fazem parte integrante do Concurso Público, são de inteira responsabilidade do candidato e devem ser fornecidas com autenticidade. A Divisão de Medicina e Saúde Ocupacional, ao proceder a avaliação do contido nesta Ficha e fundada em critérios médicos, poderá exigir do candidato exames complementares hábeis a esclarecer as informações ora aqui prestadas.

NOME: _____

Data de Nascimento: ____/____/____. Sexo: () Masc. () Fem. Estado Civil: _____

Naturalidade: _____

Cargo : _____

Endereço/telefone: _____

1. Antecedentes Clínicos/Cirúrgicos (Assinale com X em todos os itens e especifique abaixo)

1. Doenças do Coração	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	12. Fez tratamento psiquiátrico e ou psicológico	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
2. Problema de pressão - alta/baixa	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	13. Problemas de audição	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
3. Doenças do pulmão	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	14. Problemas de visão	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
4. Asma/Bronquite	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	15. Diabetes	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
5. Alergia	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	16. Úlcera	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
6. Doenças do Fígado	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	17. Sangue nas fezes	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
7. Doenças do Rim	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	18. Sangue na urina	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
8. Tumores	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	19. Fratura – especificar	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
9. Reumatismo	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	20. Submeteu-se a alguma cirurgia	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
10. Convulsões	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	21. Esteve internado nos últimos 2 anos	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
11. Desmaios	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	22. Possui algum problema congênito (de nascença)	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO

ATENÇÃO !!! SE QUALQUER DAS RESPOSTAS DO QUESTIONÁRIO ACIMA FOR "SIM", ESCLAREÇA ABAIXO:

ITEM	ESPECIFIQUE (mencionar data do episódio, o tratamento na época e qual a situação atual)

2. Condições e Hábitos de Vida: (Assinale com X em todos os itens e especifique, se for o caso)

			ESPECIFICAR (se for o caso)
1. Fuma	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	
2. Pratica esportes	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	
3. Alimenta-se bem	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	
4. Mora em residência com água e esgoto	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	
5. Faz uso de algum medicamento de forma contínua?	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	

1. Antecedentes de Doenças na Família (Pai, mãe, irmãos):

			ESPECIFIQUE
1. Pressão alta	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NAO	
2. Doenças do coração	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NAO	
3. Reumatismo	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NAO	
4. Diabetes	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NAO	
5. Doenças do pulmão	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NAO	
6. Doenças cerebrais	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NAO	

2. Houve alguma modificação no seu estado de saúde nos últimos anos? SIM NÃO

Qual modificação e quando aconteceu?

3. Você está gestante?

SIM NÃO NÃO SE APLICA

Se sim, em qual semana gestacional está? _____.

Você é Lactante?

SIM NÃO NÃO SE APLICA

Se sim, qual a idade do seu filho (a)? _____.

4. momento alguma impossibilidade de assumir de forma plena o cargo ou função a que está se propondo?

SIM

NÃO

Especifique: _____

5. Já possui outro cargo Público além deste que está assumindo? SIM NÃO

Caso a resposta seja positiva, especificar (qual é o cargo e qual a esfera de atuação se municipal, federal ou estadual):

6. Já recebeu a vacina COVID? SIM NÃO

Se sim, qual vacina? _____ Data 1ª Dose : ____/____/____ Data 2ª Dose : ____/____/____

7. Declaro serem verdadeiras as informações acima prestadas, comprometendo-me a submeter-me aos exames clínicos e laboratoriais que venham a ser solicitados, a partir desta data, pela Secretaria de Estado da Administração, através da Divisão de Medicina e Saúde Ocupacional, para comprovação ou elucidação do afirmado na presente declaração, bem como estou ciente que posso ser responsabilizado nas esferas administrativa, civil e criminal pela incorreção de qualquer uma das informações prestadas.

Local: _____ Data: ____/____/____.

(Assinatura do Candidato)