

## GABINETE DA REITORIA

### EDITAL Nº 132/2021-GRE

CONVOCA, EM QUINTA CHAMADA, CANDIDATOS APROVADOS NO 3º PROCESSO SELETIVO SIMPLIFICADO/2020, 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 a Portaria nº 1349/2020-GRE, de 27 de maio de 2021, publicada no Diário Oficial do Estado nº 10945, de 28 de maio de 2021, a qual homologou os resultados do 3º Processo Seletivo Simplificado/2020, para contratação de docentes da Unioeste;

considerando o Ato Executivo nº 083/2021-GRE, de 28 de setembro de 2021, a qual aprovou a planilha de vagas a integrar o 3º Processo Seletivo Simplificado/2020 para docentes da Unioeste;

considerando o Termo de desistência da candidata convocada no Edital nº 117/2021-GRE, referente a vaga da área de Educação Especial – Centro De Ciências Humanas e Sociais – CCHS do *Campus* de Toledo,

#### RESOLVE:

Art. 1º Convocar, em quinta chamada, os candidatos nominados no Anexo I deste Edital, para aceite da vaga para a qual foram aprovados no **3º Processo Seletivo Simplificado/2020 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 **28 de setembro a 05 de outubro de 2021**, 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 113/2020-GRE de 10 de dezembro de 2020);

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 113/2020-GRE, de 10 de dezembro de 2020, do 3º Processo Seletivo Simplificado/2020, 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 de vacinação 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 113/2020-GRE.

Art. 7º O aceite da vaga, 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 28 de setembro a 05 de outubro de 2021:**

- 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](mailto: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](mailto: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](mailto: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](mailto: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](mailto:toledo.rh@unioeste.br).

- **De 28 de setembro a 05 de outubro de 2021:**

- Exame clínico para a avaliação dos exames e obtenção do Atestado de Saúde Ocupacional (ASO) e entrega do Anexo IX, 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.**
- Neste momento deverá ser entregue o Anexo IX preenchido;
  - **De 28 de setembro a 05 de outubro de 2021:**
    - Entrega do Atestado de Saúde Ocupacional (ASO) e assinatura do 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 previamente 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. 113/2020-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, 28 de setembro de 2021.

ALEXANDRE ALMEIDA WEBBER  
Reitor

**Anexo I ao Edital nº 132/2021, de 28 de setembro de 2021 – 3º PSS/2020.**

**RELAÇÃO DE EXAMES**

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

**CANDIDATOS CONVOCADOS**

**CAMPUS DE TOLEDO**

**CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS - CCSA**

|                        |                          |          |  |
|------------------------|--------------------------|----------|--|
| Área/matéria:          | <b>Educação Especial</b> |          |  |
| Vaga e Regime:         | 1 Vaga – RT 40           |          |  |
| Isabel Cristina Theiss | RG 13.282.885-7          | 5º Lugar |  |

## Anexo II ao Edital nº 132/2021, de 28 de setembro de 2021 – 3º PSS/2020.

### Pró-Reitoria de Recursos Humanos

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

### DOCUMENTOS PESSOAIS

01. [ ] Cédula de Identidade – RG
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 [ ] Na ausência do diploma: Termo de Compromisso Registrado em Cartório de Títulos
29. [ ] Diploma de Doutorado
- 29.1 [ ] Histórico Escolar de Doutorado
- 29.2 [ ] Na ausência do diploma: Termo de Compromisso Registrado em Cartório de Títulos
30. [ ] Outros (especificar): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Nestes Termos,  
Pede Deferimento.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Responsável pelo Recebimento – RH  
(assinatura obrigatória)

\_\_\_\_\_  
Docente (assinatura Obrigatória)



**Anexo III ao Edital nº 132/2021, de 28 de setembro de 2021 – 3º PSS/2020.**

**FICHA CADASTRAL DOCENTE**

|                          |       |              |               |       |
|--------------------------|-------|--------------|---------------|-------|
| <b>1- DADOS PESSOAIS</b> |       |              |               |       |
| Nome                     | _____ |              |               |       |
| Sexo                     | _____ | Estado Civil | _____         |       |
| Data de Nasc.            | _____ |              | Nacionalidade | _____ |
| e-mail                   | _____ |              |               |       |
| Município Naturalidade   | _____ |              | UF            | _____ |
| Nome da Mãe              | _____ |              |               |       |
| Nome do Pai              | _____ |              |               |       |

|                       |       |                 |       |
|-----------------------|-------|-----------------|-------|
| <b>2 - DOCUMENTOS</b> |       |                 |       |
| CPF                   | _____ | PIS/PASEP       | _____ |
| RG                    | _____ | Órgão/UF        | _____ |
| Data de expedição     | _____ |                 |       |
| CTPS                  | _____ | Série/UF        | _____ |
| Tít. Eleitor          | _____ | Zona            | _____ |
| Seção                 | _____ | Tipo Sangüíneo: | _____ |
| Doc. Militar nº       | _____ | Categoria       | _____ |
| Região (CSM)          | _____ |                 |       |

|                                 |           |         |           |
|---------------------------------|-----------|---------|-----------|
| <b>3 - ENDEREÇO RESIDENCIAL</b> |           |         |           |
| Rua                             | _____     |         |           |
| Bairro                          | _____     |         |           |
| Cidade                          | _____     | UF      | _____     |
| CEP                             | _____     | Cx. P.  | _____     |
| Telefones para contato          | ( ) _____ | Celular | ( ) _____ |

|  |            |        |
|--|------------|--------|
| <b>4 - BANCO CAIXA ECONÔMICA FEDERAL</b> |            |        |
| Nº Banco                                 | Nº Agência | Nº C/C |

**Anexo IV ao Edital nº 132/2021, de 28 de setembro de 2021 – 3º PSS/2020.**

**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):**

**DOUTORADO EM:** \_\_\_\_\_  
**Instituição:** \_\_\_\_\_  
**Cidade / Estado:** \_\_\_\_\_  
**Data Início:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ **Data Término:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
**Título da Monografia / Dissertação / Tese:**

**Áreas de Conhecimento (CNPQ):**

**Anexo V ao Edital nº 132/2021, de 28 de setembro de 2021 – 3º PSS/2020.**

**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 132/2021, de 28 de setembro de 2021 – 3º PSS/2020.

**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



## 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   | <b>Depósitos à Vista e Numerário</b> |  |
| 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  | <b>Fundos</b>                        |  |
| <b>Bens Móveis</b>                |   | 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.         | <b>Outros Bens e Direitos</b>        |  |
| 26                                | Linha telefônica  | 91                                   | Licença e concessão especiais  |
| 29                                | Outros  | 92                                   | Título de clube e assemelhado  |
| <b>Participações Societárias</b>  |   | 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   |
| <b>Aplicações e Investimentos</b> |   |                                      |  |
| 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 132/2021, de 28 de setembro de 2021 – 3º PSS/2020.

|   |  |                        |
|---|--|------------------------|
|  <p>ESTADO DO PARANÁ<br/>SISTEMA DE RECURSOS HUMANOS</p>   |  |                        |
| DECLARAÇÃO DE ACÚMULO DE CARGO  |  | DESPACHO DO SECRETÁRIO |
| DADOS PESSOAIS<br>CARGO A SER<br>PROVIDO  | NOME _____   |                        |
|   | RG _____ CARGO _____ ÓRGÃO _____   |                        |
|   | DATA DE NASC. ____/____/____ SEXO _____  |                        |
|   | ENDEREÇO RESID: _FONE _____<br>MUNICÍPIO _____   |                        |
| IDENTIFICAÇÃO DOS EMPREGOS/CARGOS/FUNÇÕES QUE EXERCE NO SERVIÇO PÚBLICO   | ORGÃO _____  |                        |
|   | ENDEREÇO _____   |                        |
|   | CARGO _____  |                        |
|   | ( ) ATIVO ( ) INATIVO ( ) OUTROS   |                        |
|   | DATA DE ADMISSÃO ____/____/____ HORÁRIO _____  |                        |
|   | DISCIPLINAS (p/ magistério) _____  |                        |
|   | ORGÃO _____  |                        |
|   | ENDEREÇO _____   |                        |
|   | CARGO _____  |                        |
|   | ( ) ATIVO ( ) INATIVO ( ) OUTROS   |                        |
|   | DATA DE ADMISSÃO ____/____/____ HORÁRIO _____  |                        |
|   | DISCIPLINAS (p/ magistério) _____  |                        |
| ORGÃO _____   |  |                        |
| ENDEREÇO _____  |  |                        |
| CARGO _____   |  |                        |
| ( ) ATIVO ( ) INATIVO ( ) OUTROS  |  |                        |
| DATA DE ADMISSÃO ____/____/____ HORÁRIO _____   |  |                        |
| DISCIPLINAS (p/ magistério) _____   |  |                        |
| <p>DECLARO QUE AS INFORMAÇÕES ACIMA PRESTADAS SÃO VERDADEIRAS, RESPONSABILIZANDO-ME NA FORMA DA LEI PELA EXATIDÃO DA PRESENTE DECLARAÇÃO.</p> <p>A DCRH<br/>EM ____/____/____</p> <p style="display: flex; justify-content: space-between;"><span>VISTO GRHS/SETOR DE PESSOAL</span><span>DECLARANTE</span></p> |  |                        |
| 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 ____/____/____  |                        |
|   | <p>VISTO GRHS/SETOR DE PESSOAL</p> <p style="display: flex; justify-content: space-between;"><span>DECLARANTE</span></p>   |                        |

# Anexo IX ao Edital nº 132/2021, de 28 de setembro de 2021 – 3° PSS/2020.



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

## 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"/> NAO |                             |
| 2. Pratica esportes                                | <input type="checkbox"/> SIM | <input type="checkbox"/> NAO |                             |
| 3. Alimenta-se bem                                 | <input type="checkbox"/> SIM | <input type="checkbox"/> NAO |                             |
| 4. Mora em residência com água e esgoto            | <input type="checkbox"/> SIM | <input type="checkbox"/> NAO |                             |
| 5. Faz uso de algum medicamento de forma contínua? | <input type="checkbox"/> SIM | <input type="checkbox"/> NAO |                             |



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

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

**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)