



unioeste

Universidade Estadual do Oeste do Paraná

Reitoria - CNPJ 78.680.337/0001-84 - www.unioeste.br
Fone: +55 (45) 3220-3000 | Rua Universitária, 1619
Jardim Universitário | CEP 85819-110 | Cascavel/PR | Brasil

GABINETE DA REITORIA



PARANÁ

GOVERNO DO ESTADO

EDITAL Nº 003/2022-GRE

CONVOCA, EM NONA CHAMADA, CANDIDATOS APROVADOS NO 1º PROCESSO SELETIVO SIMPLIFICADO 2021, DE AGENTE UNIVERSITÁRIO, PARA CONTRATAÇÃO DE AGENTE UNIVERSITÁRIO POR PRAZO DETERMINADO.

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

considerando o Edital nº 061/2021-GRE, de 20 de maio de 2021, de Normatização e Abertura de inscrições do 1º Processo Seletivo Simplificado 2021, de agente universitário, publicado no DIOE nº 10938, de 21 de maio de 2021;

considerando o Edital nº 100/2021-COGEPS, de 29 de julho de 2021, de resultado final do 1º Processo Seletivo Simplificado 2021, de agente universitário, homologado pela Portaria nº 2027/2021-GRE, de 02 de agosto de 2021, publicada no DIOE nº 10990 de 03 de agosto de 2021;

considerando o Ato Executivo nº 072/2021-GRE, de 11 de agosto de 2021;

considerando o Ato Executivo nº 075/2021-GRE, de 26 de agosto de 2021;

considerando o Ato Executivo nº 076/2021-GRE, de 31 de agosto de 2021,

considerando o Ato Executivo nº 081/2021-GRE, de 16 de setembro de 2021;

Considerando o não comparecimento de candidatos convocados em oitava chamada;

considerando rescisão de contrato de servidores e a reposição das vagas,

Considerando pedido de reclassificação para final de lista da candidata convocada Anny Caroliny Cruz na função de Enfermeiro,

TORNA PÚBLICO:

Art. 1º A convocação dos candidatos aprovados no 1º Processo Seletivo Simplificado 2021, realizado pela Unioeste para contratação de Agente Universitário por prazo determinado, relacionado no Anexo I deste Edital, para aceite de vaga e entrega de documentação, bem como, a realização de exames pré-admissionais para a obtenção do Atestado de Saúde Ocupacional.

Art. 2º Os candidatos convocados, relacionados no Anexo deste Edital, deverão se dirigir à Seção de Recursos Humanos do Hospital Universitário do Oeste do Paraná – HUOP, para aceite da vaga e entrega de fotocópia dos documentos e formulários de admissão Anexo II do Edital, para os fins de contratação.



unioeste

Universidade Estadual do Oeste do Paraná

Reitoria - CNPJ 78.680.337/0001-84 - www.unioeste.br
Fone: +55 (45) 3220-3000 | Rua Universitária, 1619
Jardim Universitário | CEP 85819-110 | Cascavel/PR | Brasil

Relação fotocópia de Documentos:

- I. Cédula de identidade expedida pela Secretaria de Estado de Segurança Pública do Paraná, indispensável para implantação do pagamento;
- II. Cadastro de Pessoa Física na Receita Federal (CPF) regularizado;
- III. Título de eleitor e comprovante de última votação;
- IV. Certidão de Nascimento/Casamento;
- V. Certidão de Nascimento de filhos menores de 21 anos;
- VI. Cadastro de Pessoa Física na Receita Federal (CPF) regularizado de filhos menores de 21 anos e/ou dependentes;
- VII. Número de inscrição no PIS/PASEP (em caso de não ser cadastrado, declarar por escrito);
- VIII. Página de identificação da carteira de trabalho e previdência social – CTPS (onde consta o nome do portador e o número da carteira);
- IX. Certificado de Reservista ou de Dispensa de Incorporação, se o candidato for do sexo masculino;
- X. Comprovante de endereço atual;
- 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. Documento que comprove a escolaridade exigida para a função, conforme estabelecido no Edital de normatização e abertura de inscrições;
- XIII. outro documento quando solicitado como requisito mínimo no momento da inscrição estabelecido no Edital de normatização e abertura de inscrições;
- XIV. Uma foto 3X4 recente;
- XV. declaração de que não se encontra em situação de acúmulo de cargo, emprego ou função pública, em quaisquer esferas do governo, excetuadas as hipóteses previstas no artigo 37, inciso XVI, da Constituição Federal, nem percebe outro benefício proveniente de regime próprio de previdência social relativo a emprego público, a ser preenchida no Recursos Humanos;
- XVI. declaração de bens e valores que compõem o seu patrimônio privado;
- XVII. Apresentar comprovante de exames médicos admissionais e Atestado de Saúde Ocupacional (ASO), para o exercício das atribuições da função.
- XVIII. comprovante da consulta a Qualificação Cadastral – eSocial, que apresente os dados corretos, no site: <http://consultacadastral.inss.gov.br/Esocial/pages/index.xhtml>;
- XIX. Anexo II - Formulários Admissionais devidamente preenchidos, dúvidas podem ser sanadas no fone: (45) 3321-5308, e-mail: rh.huop@unioeste.br



unioeste

Universidade Estadual do Oeste do Paraná

Reitoria - CNPJ 78.680.337/0001-84 - www.unioeste.br
Fone: +55 (45) 3220-3000 | Rua Universitária, 1619
Jardim Universitário | CEP 85819-110 | Cascavel/PR | Brasil

Parágrafo único – Para o estrangeiro é imprescindível a apresentação do visto temporário, nos termos da Resolução Normativa nº 01/97 do Conselho Nacional de Imigração, ou que apresente visto permanente.

Art. 3º 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 os candidatos relacionados no Anexo deste Edital, serão realizados nos seguintes dias e horários:

- **De 05 a 11 de janeiro 2022:**

- Exame clínico: serão avaliados os exames realizados pelo candidato para obtenção do Atestado de Saúde Ocupacional (ASO). O exame será realizado no setor de Medicina Ocupacional no Hospital Universitário do Oeste do Paraná – HUOP, Cascavel (Av. Tancredo Neves, 3224), a ser agendado pelo candidato, previamente pelo telefone (45) 3321-5461, no horário das 8 às 12 horas e das 13h30min às 17 horas.

- **De 05 a 11 de janeiro 2022:**

- Das 8h30min às 11h30min ou das 14 às 17 horas, na Seção de Recursos Humanos do Hospital Universitário, para aceite de vaga e entrega da documentação arrolada neste Edital. Deve ser entregue após avaliação dos exames e obtenção do Atestado de Saúde Ocupacional (ASO). **Pode o candidato convocado comparecer na mesma data em que entregar os exames clínicos para obtenção do Atestado de Saúde Ocupacional (ASO).**

Art. 4º Para os candidatos, convocados neste Edital, os exames a serem realizados, para a obtenção do Atestado de Saúde Ocupacional – ASO, estão relacionados nos Anexos deste Edital.

Art. 5º As despesas decorrentes dos exames obrigatórios (laboratoriais ou de imagem) para obter o atestado de saúde correrão por conta do candidato.

Art. 6º As avaliações constantes neste Edital, para a obtenção do Atestado de Saúde Ocupacional, têm caráter eliminatório, sendo o candidato considerado apto ou inapto.

Art. 7º Conforme item 2.17 do Edital pessoas que integram o chamado grupo de risco poderão a critério médico serem consideradas não aptas.

Art. 8º Serão aceitos todos os exames, cuja data de expedição não exceda a sessenta (60) dias até a data da realização do Exame clínico.



unioeste

Universidade Estadual do Oeste do Paraná

Reitoria - CNPJ 78.680.337/0001-84 - www.unioeste.br
Fone: +55 (45) 3220-3000 | Rua Universitária, 1619
Jardim Universitário | CEP 85819-110 | Cascavel/PR | Brasil

Art. 9º Se o candidato, em qualquer avaliação, for considerado inapto terá seu direito ao contrato extinto.

Art. 10º Cabe ao candidato o conhecimento e realização das avaliações previstas neste Edital, não sendo aceita qualquer alegação de desconhecimento dos procedimentos apresentados.

Art. 11º O não comparecimento de candidato convocado por este Edital ou a não realização de quaisquer dos exames pré-admissionais previstos, nos prazos estabelecidos no Artigo 3º, deste Edital, resultará na perda automática da vaga e será convocado o candidato com classificação imediatamente posterior.

Art. 12º Será exigido do candidato o documento original de identificação em todas as avaliações pré-admissionais.

Art. 13º Os casos omissos serão resolvidos pela Pró-Reitoria de Recursos Humanos da Reitoria da Unioeste.

Publique-se. Cumpra-se.

Cascavel, 04 de janeiro de 2022.

GILMAR RIBEIRO DE MELLO
Reitor em Exercício



unioeste

Universidade Estadual do Oeste do Paraná

Reitoria - CNPJ 78.680.337/0001-84 - www.unioeste.br
Fone: +55 (45) 3220-3000 | Rua Universitária, 1619
Jardim Universitário | CEP 85819-110 | Cascavel/PR | Brasil

Anexo I ao Edital nº 003/2022, de 04 de janeiro de 2022.

RELAÇÃO DE EXAMES

- Exame clínico;
- Hemograma Completo;
- Glicemia em jejum;
- Colesterol total e frações;
- Triglicerídeos;
- Creatinina;
- T.G.P.;
- T.G.O.;
- HBs-Ag;
- Anti HBs;
- Parcial de urina;
- Comprovante de vacinação conforme calendário vacinal do adulto;
- Exame clínico admissional conforme Art. 3º deste Edital.

CANDIDATOS CONVOCADOS

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DO OESTE DO PARANÁ – HUOP

Função: ENFERMEIRO – CRES

NOME	RG	CLASSIFICAÇÃO
Leticia de Almeida	9.354.621-0	43º lugar
Adriano Fernandes dos Santos	13.007.563-0	44º lugar
Tatiana Sá Menezes Vieira	2128180-7	44º lugar

**Função: ENFERMEIRO – CRES/COVID
AFRODESCENDENTE**

NOME	RG	CLASSIFICAÇÃO
Rafaela Barbosa e Silva	0569514220154	7º lugar

**unioeste**

Universidade Estadual do Oeste do Paraná

Reitoria - CNPJ 78.680.337/0001-84 - www.unioeste.br
Fone: +55 (45) 3220-3000 | Rua Universitária, 1619
Jardim Universitário | CEP 85819-110 | Cascavel/PR | Brasil

Função: ENFERMEIRO – CRES/COVID

NOME	RG	CLASSIFICAÇÃO
Maysa dos Santos Brião Lima Viana	10.864.483-4	47º lugar
Andre Nobre de Oliveira	098615149	48º lugar
Bianca Caroline Custodio dos Santos	10532566-5	50º lugar
Suzana Aparecida Furtado	6.431.933-7	51º lugar
Margarida Luzia Piloni	4.662.469-6	52º lugar
Elisiane Bruschi	106115052	53º lugar
Letícia Katiane Martins	10.642.360-1	54º lugar

**Função: TÉCNICO EM ENFERMAGEM – CRES
AFRODESCENDENTE**

NOME	RG	CLASSIFICAÇÃO
Silvane Soares de Lima	101897044	7º lugar

Função: TÉCNICO EM ENFERMAGEM – CRES

NOME	RG	CLASSIFICAÇÃO
Adriana Golfe Moll	80776101	46º lugar
Silvana Padilha Gonçalves	9.617.518-3	47º lugar
Simone Raimundi	78730129	48º lugar
Josiane da Silva Lizzi	86236117	49º lugar

**Função: TÉCNICO EM ENFERMAGEM – CRES/COVID
AFRODESCENDENTE**

NOME	RG	CLASSIFICAÇÃO
Jessica Hartkopf da Silva Pereira	97201412	8º lugar

Função: TÉCNICO EM ENFERMAGEM – CRES/COVID

NOME	RG	CLASSIFICAÇÃO
Josiane Rodrigues de Queiroz Domingues	129139692	50º lugar
Jucilene Lopes Aquino	143816745	51º lugar
Gisele Neta Fernandes dos Santos	139925602	52º lugar
Adriana Aparecida Pereira da Silva Oliveira	73461995	53º lugar
Neuza Luzia Sussi	8788340-0	54º lugar
Veronica Anita Moili	30842820-1	55º lugar



unioeste

Universidade Estadual do Oeste do Paraná

Reitoria - CNPJ 78.680.337/0001-84 - www.unioeste.br
Fone: +55 (45) 3220-3000 | Rua Universitária, 1619
Jardim Universitário | CEP 85819-110 | Cascavel/PR | Brasil



7

Anexo II ao Edital nº 003/2022, de 04 de janeiro de 2022.

FORMULÁRIOS DE ADMISSÃO

Pró-Reitoria de Recursos Humanos

Nome _____
R.G. _____ Concurso _____
Função _____

DOCUMENTOS PESSOAIS

01. ☐ Cédula de Identidade Expedida pela Secretaria de Estado de Segurança Pública do Paraná
02. ☐ CPF
03. ☐ Título de Eleitor ☐ Comprovante da Última Votação
04. ☐ Certidão de Nascimento ou ☐ Certidão de Casamento
05. ☐ Certidão de Nascimento de Filhos menores de 21 anos
06. ☐ Cadastro de Pessoa Física na Receita Federal (CPF) regularizado de filhos menores de 21 anos e/ou dependentes;
07. ☐ Número de Inscrição no PIS/PASEP
08. ☐ Página de identificação da carteira de trabalho e previdência social – CTPS (onde consta o nome do portador e o número da carteira);
09. ☐ Comprovante de Quitação de Serviço Militar
10. ☐ Documento de Inscrição no Conselho Profissional, quanto solicitado como requisito mínimo
11. ☐ Comprovante de endereço atual
12. ☐ Comprovante Oficial de Abertura de Conta Corrente junto à Caixa Econômica Federal
13. ☐ Comprovante Escolaridade.
14. ☐ Visto Permanente, para candidatos estrangeiros
15. ☐ 01 (uma) foto 3x4 recente
16. ☐ Carteira de Vacinação
17. ☐ Comprovante da consulta a Qualificação Cadastral – eSocial



unioeste

Universidade Estadual do Oeste do Paraná

Reitoria - CNPJ 78.680.337/0001-84 - www.unioeste.br
Fone: +55 (45) 3220-3000 | Rua Universitária, 1619
Jardim Universitário | CEP 85819-110 | Cascavel/PR | Brasil

FORMULÁRIOS

1. [] Declaração de Encargos de Família para Fins de Imposto de Renda
2. [] Declaração de bens e valores que compõem o seu patrimônio privado
3. [] Declaração de Proventos
4. [] Declaração de Acúmulo de Cargo
5. [] Ficha Cadastral
6. [] Atestado de Saúde Ocupacional e Exames

DOCUMENTAÇÃO REFERENTE À TITULAÇÃO

1. [] Histórico do Ensino Fundamental (Agente Universitário Operacional)
2. [] Histórico do Ensino Médio ou Profissionalizante (Agente Universitário de Nível Médio)
3. [] Diploma de Graduação (Agente Universitário de Nível Superior)
4. [] Histórico Escolar da Graduação
9. [] Outros (especificar): _____

Nestes Termos,
Pede Deferimento.

_____, _____ de _____ de 2022.

Responsável pelo Recebimento

Agente Universitário



unioeste

Universidade Estadual do Oeste do Paraná

Reitoria - CNPJ 78.680.337/0001-84 - www.unioeste.br
Fone: +55 (45) 3220-3000 | Rua Universitária, 1619
Jardim Universitário | CEP 85819-110 | Cascavel/PR | Brasil

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.

Cascavel, ____ de _____ de _____.

Assinatura do declarante



unioeste

Universidade Estadual do Oeste do Paraná

Reitoria - CNPJ 78.680.337/0001-84 - www.unioeste.br
Fone: +55 (45) 3220-3000 | Rua Universitária, 1619
Jardim Universitário | CEP 85819-110 | Cascavel/PR | Brasil



Pró-Reitoria de Recursos Humanos

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

Nome:	
R.G.:	CPF.:

RELAÇÃO DE BENS E VALORES

[illegible]

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 2022.

Nome e assinatura



unioeste

Universidade Estadual do Oeste do Paraná

Reitoria - CNPJ 78.680.337/0001-84 - www.unioeste.br
Fone: +55 (45) 3220-3000 | Rua Universitária, 1619
Jardim Universitário | CEP 85819-110 | Cascavel/PR | Brasil

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 Agente Universitário da Unioeste.

_____, ____ de _____ de 2022.

Assinatura



unioeste

Universidade Estadual do Oeste do Paraná

Reitoria - CNPJ 78.680.337/0001-84 - www.unioeste.br
Fone: +55 (45) 3220-3000 | Rua Universitária, 1619
Jardim Universitário | CEP 85819-110 | Cascavel/PR | Brasil

FICHA CADASTRAL AGENTE UNIVERSITÁRIO

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 - operação 001)

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



unioeste

Universidade Estadual do Oeste do Paraná

Reitoria - CNPJ 78.680.337/0001-84 - www.unioeste.br
Fone: +55 (45) 3220-3000 | Rua Universitária, 1619
Jardim Universitário | CEP 85819-110 | Cascavel/PR | Brasil

5 - ESCOLARIDADE

ENSINO FUNDAMENTAL (para a função de ensino fundamental)

Instituição: _____
Cidade: _____ Estado: _____
Data Início: ____/____/____ Data Término: ____/____/____

ENSINO MÉDIO (para a função de ensino médio)

Instituição: _____
Cidade: _____ Estado: _____
Data Início: ____/____/____ Data Término: ____/____/____

GRADUAÇÃO (para a função de nível superior)

Instituição: _____
Cidade: _____ Estado: _____
Data Início: ____/____/____ Data Término: ____/____/____
Título da Monografia _____



ESTADO DO PARANÁ

SISTEMA DE RECURSOS HUMANOS

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) _____

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) _____

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 PÚBLICO

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



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.

Endereço/telefone: _____

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

[illegible]

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



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

3. 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. Diabetes	<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	

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

Qual modificação e quando aconteceu?

5. Você está gestante?

☐ SIM ☐ NÃO ☐ NÃO SE APLICA

Você é Lactante?

☐ SIM ☐ NÃO ☐ NÃO SE APLICA

Se sim, em qual semana gestacional está? _____.

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

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

☐ SIM

☐ NÃO

Especifique: _____

7. 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):

8. Já recebeu a vacina COVID? ☐ SIM ☐ NÃO

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

9. 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)