

## **GABINETE DA REITORIA**

### **EDITAL Nº 088/2023-GRE**

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

O Reitor 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 Ato Executivo nº 043/2022-GRE, de 31 de maio de 2022;

considerando o Ato Executivo nº 048/2022-GRE, de 21 de junho de 2022;

considerando o Ato Executivo nº 049/2022-GRE, de 22 de junho de 2022;

considerando o Ato Executivo nº 055/2022-GRE, de 01 de julho de 2022;

considerando o Ato Executivo nº 005/2023-GRE, de 19 de janeiro de 2023;

considerando o Ato Executivo nº 011/2023-GRE, de 01 de fevereiro de 2023;

considerando o Ato Executivo nº 017/2023-GRE, de 15 de fevereiro de 2023;

considerando o Ato Executivo nº 038/2023-GRE, de 19 de abril de 2023;

considerando não comparecimento de candidatos convocados na 42ª chamada para aceite de vaga e entrega de documentos nas funções de Enfermeiro, e de Técnico em Enfermagem;

considerando solicitação de rescisão de contrato nas funções de Enfermeiro, e de Técnico em Enfermagem,

#### **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 Divisão 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.

### **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. Documento de Inscrição no Conselho Profissional, quanto solicitado como requisito mínimo;
- XIV. outro documento quando solicitado como requisito mínimo no momento da inscrição estabelecido no Edital de normatização e abertura de inscrições;
- XV. Uma foto 3X4 recente;
- XVI. 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;
- XVII. declaração de bens e valores que compõem o seu patrimônio privado;
- XVIII. Apresentar comprovante de exames médicos admissionais e Atestado de Saúde Ocupacional (ASO), para o exercício das atribuições da função.

- XIX. comprovante da consulta a Qualificação Cadastral – eSocial, que apresente os dados corretos, no site: <http://consultacadastral.inss.gov.br/Esocial/pages/index.xhtml>;
- XX. Anexo II - Formulários Admissionais devidamente preenchidos, dúvidas podem ser sanadas no fone: (45) 3321-5308, e-mail: [rh.huop@unioeste.br](mailto:rh.huop@unioeste.br)

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 16 a 22 de maio de 2023:**

- 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 16 a 22 de maio de 2023:**

- Das 8h30min às 11h30min ou das 14 às 17 horas, na Divisão 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.

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, 15 de maio de 2023.

ALEXANDRE ALMEIDA  
WEBBER:94123810934

Assinado digitalmente por ALEXANDRE ALMEIDA WEBBER:94123810934  
ND: C=BR, O=Unioeste, OU=00001010253418, OU=Secretaria de  
Recursos Humanos do Brasil - RFB, OU=RFB e CPF A3, OU=AC SERASA  
RFB v6, OU=270833650001083, OU=PRESENCIAL, CN=ALEXANDRE  
ALMEIDA WEBBER:94123810934  
Razão: Eu sou o autor deste documento  
Localização:  
Data: 2023.05.15 15:51:23-0300  
Fonte PDF Reader Versão: 12.0.2

ALEXANDRE ALMEIDA WEBBER  
Reitor

**Anexo I ao Edital nº 088/2023, de 15 de maio de 2023.**

### **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;
- Anti HCV ELISA;
- 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**

<b>NOME</b>	<b>RG</b>	<b>CLASSIFICAÇÃO</b>
Ana Paula Cadore	109935387	159º lugar
Fernanda Regina Piotto Amaro	72535111	160º lugar
Sabrine Ribeiro Rocha	94816440	161º lugar

##### **Função: ENFERMEIRO – CRES – AFRODESCENDENTE**

<b>NOME</b>	<b>RG</b>	<b>CLASSIFICAÇÃO</b>
Gisele Provin da Silva	94061776	23º lugar

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

<b>NOME</b>	<b>RG</b>	<b>CLASSIFICAÇÃO</b>
Vanessa Alessandra Kuskvinski de Oliveira de Lima	100014580	553º lugar
Vera Lucia dos Santos Reis	62462698	555º lugar
Sandra da Costa Pessatto	63786721	556º lugar
Cristiane Andrade Moura	146150225	557º lugar
Cassia Alves de Campos	105757182	558º lugar
Francieli da Silva Souza	109954586	559º lugar



**Anexo II ao Edital nº 088/2023, de 15 de maio de 2023.**

**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 Salário 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

## 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 2023.

\_\_\_\_\_  
Responsável pelo Recebimento

\_\_\_\_\_  
Agente Universitário

**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





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

**FORMULÁRIO DE DECLARAÇÃO DE BENS E VALORES – Referência ano:\_\_\_\_\_**

Nome:	
R.G.:	CPF.:

REEXAÇÃO DE DENSO E VALORES			
ITEM	CÓDIGO	DISCRIMINAÇÃO	VALOR
<b>TOTAL</b>			

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

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 2023.

Nome e assinatura

## 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 2023.

\_\_\_\_\_  
Assinatura

## 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
----------	------------	--------

### 5 - ESCOLARIDADE

#### ENSINO FUNDAMENTAL (para a função de ensino fundamental)

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



**unioeste**

**Universidade Estadual do Oeste do Paraná**

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



**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 \_\_\_\_\_

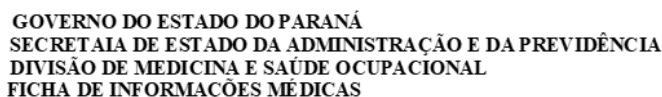


ESTADO DO PARANÁ  
SISTEMA DE RECURSOS HUMANOS

DECLARAÇÃO DE ACÚMULO DE CARGO

DESPACHO DO SECRETÁRIO

DADOS PESSOAIS	IDENTIFICAÇÃO DOS EMPREGOS/CARGOS/FUNÇÕES QUE EXERCE NO SERVIÇO PÚBLICO	SE NÃO EXERCER OUTRO CARGO
NOME _____	ORGÃO _____	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
RG _____ CARGO _____ ÓRGÃO _____	ENDEREÇO _____	
DATA DE NASC. ____/____/____ SEXO _____	CARGO _____	
ENDEREÇO RESID: _____ FONE: _____	( ) ATIVO ( ) INATIVO ( ) OUTROS	
MUNICÍPIO _____	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	
		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.

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



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

			ESPECIFIQUE
1. Pressão alta	( ) SIM	( ) NAO	
2. Doenças do coração	( ) SIM	( ) NAO	
3. Reumatismo	( ) SIM	( ) NAO	
4. Diabetes	( ) SIM	( ) NAO	
5. Doenças do pulmão	( ) SIM	( ) NAO	
6. Doenças cerebrais	( ) SIM	( ) 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

**Você é Lactante?**

( ) SIM ( ) NÃO ( ) NÃO SE APLICA

Se sim, em qual semana gestacional está?\_\_\_\_\_.

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)