

GABINETE DA REITORIA

EDITAL Nº 018/2023-GRE

CONVOCA, EM DÉCIMA OITAVA CHAMADA, CANDIDATOS APROVADOS NO 1º PROCESSO SELETIVO SIMPLIFICADO/2021, 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 2863/2021-GRE, de 13 de outubro de 2021, publicada no Diário Oficial do Estado nº 11037, de 14 de outubro de 2021, a qual homologou os resultados do 1º Processo Seletivo Simplificado/2021 para contratação de docentes da Unioeste;

considerando o Ato Executivo nº 008/2023-GRE, de 30 de janeiro de 2023, o qual aprovou a ampliação de vagas a integrar o 1º Processo Seletivo Simplificado/2021 para docentes da Unioeste,

RESOLVE:

Art. 1º Convocar, em décima oitava chamada, os candidatos nominados no Anexo I deste Edital, para aceite da vaga para a qual foram aprovados no **1º Processo Seletivo Simplificado/2021 da Unioeste**, para contratação de docente por prazo determinado, em regime especial.

Art. 2º Os candidatos, convocados por este Edital, deverão comparecer a Seção de Recursos Humanos dos Campi, no período de 30 de janeiro a 6 de fevereiro de 2023, **no horário das 08 às 14 horas, entre os dias 30 e 31 de janeiro, exceto Campus de Cascavel que conta com horário especial das 9 h às 11h e 30 min, e a partir de 1 de fevereiro, para todos os campi, das 8 horas às 12h e das 13h às 17h**, 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 083/2021-GRE de 24 de junho de 2021);

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 083/2021-GRE, de 24 de junho de 2021, do 1º Processo Seletivo Simplificado/2021, 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 para Hepatite B, Tétano e Febre Amarela (apresentar original e cópia);
- 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 083//2021-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 30 de janeiro a 6 de fevereiro de 2023:**

➤ **Conforme Art. 2º, na Seção de Recursos Humanos dos Campi, para aceite de vaga e entrega da documentação arrolada neste Edital:**

- 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 30 de janeiro a 6 de fevereiro de 2023:**

➤ 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 pela candidato, previamente pelo telefone (45) 3321-5461, no horário das 8 às 12 horas e das 13h30min às 17 horas.

- **De 30 de janeiro a 6 de fevereiro de 2023:**

- **Entrega do Atestado de Saúde Ocupacional (ASO) e assinatura do contrato, conforme Art. 2º, na Pró-Reitoria de Recursos Humanos/DDH – Sala 207, Cascavel (Rua Universitária 1619 – Jardim Universitário) a ser agendado previamente pelo candidato pelo telefone (45) 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. 083/2021-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, 30 de janeiro de 2023.

ALEXANDRE ALMEIDA WEBBER
Reitor

Anexo I ao Edital nº 018/2023, de 30 de janeiro de 2023 – 1º PSS 2021.

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 FRANCISCO BELTRÃO

CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS – CCSA

| | | | |
|-------------------------------|-------------------------|----------|--|
| Área/matéria: | Teoria Econômica | | |
| Vaga e Regime: | 1 Vaga – RT 40 | | |
| RODRIGO DA SILVA SOUZA | RG: 4621898 | 3º Lugar | |

Anexo II ao Edital nº 018/2023, de 30 de janeiro de 2023 – 1º PSS 2021.

Pró-Reitoria de Recursos Humanos

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

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 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

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 Proventos (Anexo nº V)
20. [] Declaração de Acúmulo de Cargo (Anexo nº VIII)

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

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

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

Nestes Termos,
Pede Deferimento.

_____, ____ de _____ de _____.

Responsável pelo Recebimento – RH
(assinatura obrigatória)

Docente (assinatura Obrigatória)

Anexo III ao Edital nº 018/2023, de 30 de janeiro de 2023 – 1º PSS 2021.

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 018/2023, de 30 de janeiro de 2023 – 1º PSS 2021.

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 018/2023, de 30 de janeiro de 2023 – 1º PSS 2021.

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 018/2023, de 30 de janeiro de 2023 – 1º PSS 2021.

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 018/2023, de 30 de janeiro de 2023 – 1ºPSS 2021.

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 2020.

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 018/2023, de 30 de janeiro de 2023 – 1º PSS 2021.

| | |
|---|------------------------|
|  <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 018/2023, de 30 de janeiro de 2023 – 1º PSS 2021.



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

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

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

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 possuí 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)