

## GABINETE DA REITORIA

### EDITAL Nº 044/2023-GRE

CONVOCA, EM SÉTIMA CHAMADA, CANDIDATO APROVADO NO PROCESSO SELETIVO SIMPLIFICADO PARA O NEADUNI, 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 158/2021-GRE, de 03 de novembro de 2021, de Normatização e Abertura de inscrições do Processo Seletivo Simplificado para o NEaDUNI, de agente universitário;

considerando o Edital nº 3558/2021-GRE, de 08 de dezembro de 2021, de resultado final do Processo Seletivo Simplificado para o NEaDUNI, de agente universitário, publicado no DIOE nº 11075, de 10 de dezembro de 2021;

considerando o Ato Executivo nº 002/2021-GRE de 13 de janeiro de 2022;

considerando o Ato Executivo nº 056/2022-GRE de 01 de julho de 2022;

considerando o Ato Executivo nº 024/2023-GRE de 01 de março de 2023,

#### TORNA PÚBLICO:

Art. 1º A convocação do candidato aprovado no Processo Seletivo Simplificado para o NEaDUNI, de agente universitário, realizado pela Unioeste para contratação de Agente Universitário por prazo determinado, relacionados nos Anexos 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 O candidato convocado, relacionado no Anexo deste Edital, deverá se dirigir a Pró-Reitoria de Recursos Humanos, para aceite da vaga e entrega de fotocópia dos documentos abaixo relacionados, para os fins de contratação:

- 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> ;

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 o candidato relacionado no Anexo deste Edital, serão realizados nos seguintes dias e horários:

- **02 a 08 de março 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.

- **02 a 08 de março de 2023:**

- Das 8 às 12 horas e das 13h30min às 17 horas, na Pró-Reitoria de Recursos Humanos da Reitoria, 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 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 Serão aceitos todos os exames, cuja data de expedição não exceda a sessenta (60) dias até a data da realização do Exame clínico.

Art. 8º Se o candidato, em qualquer avaliação, for considerado inapto terá seu direito ao contrato extinto.

Art. 9º Cabe ao candidato o conhecimento e realização das avaliações previstas neste Edital, não sendo aceita qualquer alegação de desconhecimento dos procedimentos apresentados.

Art. 10. 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. 11. Será exigido do candidato o documento original de identificação em todas as avaliações pré-admissionais.

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

Publique-se. Cumpra-se.

Cascavel, 01 de março de 2023.

GILMAR RIBEIRO DE MELLO:6438876097  
8

Assinado de forma digital por  
GILMAR RIBEIRO DE  
MELLO:64388760978  
Dados: 2023.03.01 16:07:51 -03'00'

GILMAR RIBEIRO DE MELLO  
Reitor em Exercício

**Anexo ao Edital nº 044/2023, de 01 de março 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; - Parcial de urina; - Comprovante de vacinação conforme calendário vacinal do adulto;
- Exame clínico admissional conforme Art. 3º deste Edital.

### **CANDIDATOS CONVOCADOS**

#### **NEaDUNI**

#### **CAMPUS CASCAVEL**

**Função: Função: PEDAGOGO – 40 horas**

<b>NOME</b>	<b>RG</b>	<b>CLASSIFICAÇÃO</b>
Silvia Mara da Silva	49169426	2º lugar

## Anexo II ao Edital nº 044/2023, de 01 de março 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 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

## 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



**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



## 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



**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

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

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



**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. Diabete	<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 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)