

## GABINETE DA REITORIA

### EDITAL Nº 183/2023-GRE

CONVOCA, EM VIGÉSIMA PRIMEIRA CHAMADA, CANDIDATOS APROVADOS NO 2º PROCESSO SELETIVO SIMPLIFICADO/2021, PARA CONTRATAÇÃO DE DOCENTE DA UNIOESTE, POR PRAZO DETERMINADO, EM REGIME ESPECIAL, PARA ACEITE DA VAGA.

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

considerando a Portaria nº 1219/2022-GRE, de 27 de abril de 2022, publicada no Diário Oficial do Estado nº 11164, de 28 de abril de 2022, a qual homologou os resultados do 2º Processo Seletivo Simplificado/2021 para contratação de docentes da Unioeste;

considerando o Ato Executivo nº 081/2023-GRE, de 13 de setembro de 2023, o qual aprovou a ampliação de vagas a integrar o 2º Processo Seletivo Simplificado/2021 para docentes da Unioeste.

#### RESOLVE:

Art. 1º Convocar, em vigésima primeira chamada, os candidatos nominados no Anexo I deste Edital, para aceite da vaga para a qual foram aprovados no **2º 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 agendar** horário na Seção de Recursos Humanos dos Campi, no período de **13 a 29 de setembro**, no horário das 08h às 11h e 30m e das 13h e 30m 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 (eSocial).

§ 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.

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 113/2022-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 113/2022-CEPE, de 07 de julho de 2022.

§ 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 161/2021-GRE, de 10 de novembro de 2021, do 2º 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 161/2021-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 13 a 29 de setembro 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](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 Cândido 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 13 a 29 de setembro 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 13 a 29 de setembro de 2023:**

➤ **Entrega do Atestado de Saúde Ocupacional (ASO) e assinatura do contrato, conforme horários do 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 161/2021-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, 13 de setembro de 2023.

DAVI FÉLIX SCHREINER  
Reitor em Exercício



**Anexo I ao Edital nº 183/2023, de 13 de setembro de 2023 – 2º PSS 2021**

**RELAÇÃO DE EXAMES**

<ul style="list-style-type: none"><li>- Hemograma Completo;</li><li>- Glicemia em jejum;</li><li>- Creatinina;</li><li>- Gama GT;</li><li>- Parcial de Urina;</li><li>- Videolaringoscopia;</li><li>- Avaliação oftalmológica (acuidade visual);</li><li>- Comprovante de vacinação conforme Calendário Nacional do Adulto.</li></ul>
Exame clínico - Conforme Art. 5º deste Edital

**CANDIDATOS CONVOCADOS**

**CAMPUS DE FRANCISCO BELTRÃO**

**CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS – CCH**

Área/matéria:	<b>Fundamentos Teóricos e Metodológicos da Educação</b>		
Vaga e Regime:	1 Vaga – RT 24		
<b>CARLA CATTELAN</b>		RG: 9.XXX.867-5	2º Lugar

**Anexo II ao Edital nº 183/2023, de 13 de setembro de 2023 – 2º PSS 2021****Pró-Reitoria de Recursos Humanos**

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

**DOCUMENTOS PESSOAIS**

01. [ ] Cédula de Identidade
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 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 113/2022-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 183/2023, de 13 de setembro de 2023 – 2º 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 183/2023, de 13 de setembro de 2023 – 2º 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):**

**DOCTORADO EM:** \_\_\_\_\_

**Instituição:** \_\_\_\_\_

**Cidade / Estado:** \_\_\_\_\_

**Data Início:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ **Data Término:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Título da Monografia / Dissertação / Tese:**

**Áreas de Conhecimento (CNPQ):**

**Anexo V ao Edital nº 183/2023, de 13 de setembro de 2023 – 2º 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 183/2023, de 13 de setembro de 2023 – 2º 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



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



## Pró-Reitoria de Recursos Humanos

Nome:	
R.G.:	C.P.F.:

[illegible]

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 20\_\_.

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



## 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 183/2023, de 13 de setembro de 2023 – 2º PSS 2021**

	<b>ESTADO DO PARANÁ</b>  <b>SISTEMA DE RECURSOS HUMANOS</b>	
<b>DECLARAÇÃO DE ACÚMULO DE CARGO</b>		<b>DESPACHO DO SECRETÁRIO</b>

<b>DADOS PESSOAIS</b> CARGO A SER PROVIDO	NOME _____ RG _____ CARGO _____ ÓRGÃO _____ DATA DE NASC. ____/____/____ SEXO _____ ENDEREÇO RESID: FONE _____ MUNICÍPIO _____
<b>IDENTIFICAÇÃO DOS EMPREGOS/CARGOS/FUNÇÕES QUE EXERCE NO SERVIÇO PÚBLICO</b>	<div style="border-bottom: 1px solid black; padding-bottom: 5px;">           ORGÃO _____            ENDEREÇO _____            CARGO _____            ( ) ATIVO ( ) INATIVO ( ) OUTROS            DATA DE ADMISSÃO ____/____/____ HORÁRIO _____            DISCIPLINAS (p/ magistério) _____         </div> <div style="border-bottom: 1px solid black; padding-bottom: 5px;">           ORGÃO _____            ENDEREÇO _____            CARGO _____            ( ) ATIVO ( ) INATIVO ( ) OUTROS            DATA DE ADMISSÃO ____/____/____ HORÁRIO _____            DISCIPLINAS (p/ magistério) _____         </div> <div style="border-bottom: 1px solid black; padding-bottom: 5px;">           ORGÃO _____            ENDEREÇO _____            CARGO _____            ( ) ATIVO ( ) INATIVO ( ) OUTROS            DATA DE ADMISSÃO ____/____/____ HORÁRIO _____            DISCIPLINAS (p/ magistério) _____         </div> <div style="padding: 5px;">           DECLARO QUE AS INFORMAÇÕES ACIMA PRESTADAS SÃO VERDADEIRAS, RESPONSABILIZANDO-ME NA FORMA DA LEI PELA EXATIDÃO DA PRESENTE DECLARAÇÃO.            A DCRH            EM ____/____/____         </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 5px;"> <span>VISTO GRHS/SETOR DE PESSOAL</span> <span>DECLARANTE</span> </div>
<b>SE NÃO EXERCER OUTRO CARGO</b>	<div style="padding: 5px;">           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 ____/____/____         </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 5px;"> <span>VISTO GRHS/SETOR DE PESSOAL</span> <span>DECLARANTE</span> </div>

**ATENÇÃO !!! Leia antes de começar a responder**

NOME: \_\_\_\_\_

Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_. Sexo: ( ) Masc. ( ) Fem. Estado Civil: \_\_\_\_\_

Naturalidade:

Cargo : \_\_\_\_\_

Endereco/telefone:

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

**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 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)