

GABINETE DA REITORIA

EDITAL Nº 116/2023-GRE

CONVOCA, EM DÉCIMA QUARTA CHAMADA, CANDIDATOS APROVADOS NO 3º PROCESSO SELETIVO SIMPLIFICADO 2022, 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 088/2022-GRE, de 05 de maio de 2022, de Normatização e Abertura de inscrições do 3º Processo Seletivo Simplificado 2022, de agente universitário, publicado no DIOE nº 11170, de 06 de maio de 2022;

considerando a Portaria nº 055/2022-SETI, de 12 maio de 2022;

considerando o Edital nº 119/2022-COGEPS, de 28 de junho de 2022, de resultado final do 3º Processo Seletivo Simplificado 2022, de agente universitário, homologado pela Portaria nº 2094/2022-GRE, de 29 de junho de 2022, publicada no DIOE nº 11207, de 30 de junho de 2022;

considerando o Ato Executivo nº 050/2022-GRE, de 30 de junho de 2022;

considerando Portaria nº 055/2022-SETI, de 12 maio de 2022;

considerando o Ato Executivo nº 053/2022-GRE, de 01 de julho de 2022;

considerando o Ato Executivo nº 054/2022-GRE, de 01 de julho de 2022;

considerando o Ato Executivo nº 010/2023-GRE, de 31 de janeiro de 2023;

considerando o Ato Executivo nº 016/2023-GRE, de 07 de fevereiro de 2023;

considerando o Ato Executivo nº 031/2023-GRE, de 27 de março de 2023;

considerando o Ato Executivo nº 055/2023-GRE, de 19 de junho de 2023;

considerando solicitação de rescisão de contrato de Kelly Cristina Lima Defacci, da função de Técnico em Laboratório, do *Campus* de Cascavel;

considerando solicitação de reclassificação para final de lista, da candidata afrodescendente: Rafaela Aparecida Soares Pereira, na função de Técnico em Laboratório, convocada na 14ª chamada;

considerando termo de desistência de vaga dos candidatos: Mayara Lopes de Souza, Paula Stefani Lourenço, Marcos Moraes de Mendonça na função de Psicólogo, do *Campus* de Foz do Iguaçu,

TORNA PÚBLICO:

Art. 1º A convocação dos candidatos aprovados no 3º Processo Seletivo Simplificado 2022, 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 a Divisão de Recursos Humanos, para o campus que se candidatou, 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 à 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.

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 22 a 28 de junho de 2023:**

ACEITE DA VAGA:

- **CANDIDATOS - CAMPUS DE CASCAVEL:** Das 8h30min às 11h30min ou das 14 às 17 horas, Divisão de Recursos Humanos – Campus de Cascavel, (Rua Universitária 2069 – Jardim Universitário) para aceite de vaga e entrega da documentação arrolada neste Edital.
- **CANDIDATOS - CAMPUS DE FOZ DO IGUAÇU:** Das 8h30min às 11h30min ou das 14 às 17 horas, na Divisão de Recursos Humanos – Campus de Foz do Iguaçu, (Av. Tarquínio Joslin dos Santos, 1300) para aceite de vaga e entrega da documentação arrolada neste Edital.

ENTREGA DE EXAMES:

- **De 22 a 28 de junho 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, 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.

ENTREGA DOCUMENTO e ASSINATURA CONTRATO:

- **De 22 a 28 de junho de 2023:**

- Entrega do Atestado de Saúde Ocupacional (ASO), das 8h30min às 11h30min ou das 14 às 17 horas, na Pró-Reitoria de Recursos Humanos – Reitoria – Sala 207 (Rua Universitária 1619 – Jardim Universitário). **Pode o candidato convocado agendar na mesma data em que entregar os exames no Setor de Medicina Ocupacional no Hospital Universitário do Oeste do Paraná – HUOP, no período de 22 a 28 de junho de 2023.**

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, 21 de junho de 2023.

ALEXANDRE ALMEIDA WEBBER:94123810934
ALEXANDRE ALMEIDA WEBBER
Reitor

Assinado digitalmente por ALEXANDRE ALMEIDA WEBBER:94123810934
ND: C=BR, O=ICP-Brasil, OU=000001010253418, OU=Secretaria da Receita
Federal do Brasil - RFB, OU=RFB-e-CPF-A3, OU=AC-SERASA-RFB-v5, OU=
L270836500183, OU=PRESENCIAL, CN=ALEXANDRE ALMEIDA
WEBBER:94123810934
Razão: Eu sou o autor deste documento
Localização:
Data: 2023.06.21 14:44:26-03'00"
Foxit PDF Reader Versão: 12.0.2

Anexo I ao Edital nº 116/2023, de 21 de junho de 2023.

RELAÇÃO DE EXAMES

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

CANDIDATOS CONVOCADOS

CAMPUS DE CASCAVEL

Função: TÉCNICO EM LABORATÓRIO - CRES

NOME	RG	CLASSIFICAÇÃO
Elaine Carla Fuchs Schviderski	97073260	10º lugar

CAMPUS DE FOZ DO IGUAÇU

Função: PSICÓLOGO - CRES

NOME	RG	CLASSIFICAÇÃO
Aline Cristina da Silva	106757364	3º lugar
Ingrid Dayling Baez Lopez	10.312.692-4	5º lugar

Função: TÉCNICO ADMINISTRATIVO - CRES

NOME	RG	CLASSIFICAÇÃO
Luan Albino Maciel	12.647.095-9	9º lugar
Michelle Felix de Oliveira	110700652	10º lugar
Leonardo Verdasca Varela	108641703	12º lugar
Suellen Leticia de Souza Nogueira	10.699.381-5	13º lugar
Maria Evaní Reis	88328108	14º lugar

Função: TÉCNICO ADMINISTRATIVO – CRES - AFRODESCENDENTE

NOME	RG	CLASSIFICAÇÃO
Mayara de Oliveira	106738440	1º lugar

Anexo II ao Edital nº 116/2023, de 21 de junho 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



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 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



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 2023.

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 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



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

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