

GABINETE DA REITORIA

EDITAL Nº 129/2025-GRE

CONVOCA, EM QUARTA CHAMADA, CANDIDATOS APROVADOS NO 13º CONCURSO PÚBLICO PARA ADMISSÃO DE AGENTES UNIVERSITÁRIOS DA UNIOESTE, 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 Ato executivo nº 001/2023-COU, de 06 de janeiro de 2023, que aprova a planilha de vagas do 13º Concurso Público da Unioeste para provimento de cargo de Agente universitários;

considerando o Edital de Abertura nº 096/2023 de 26 de maio de 2023, publicado no Diário Oficial do Estado, edição nº 11427 de 26 de maio de 2023;

considerando o resultado de homologação final do 13º Concurso Público ao Cargo de Agente Universitário na Unioeste, divulgados por meio do Edital nº 227/2023-GRE, de 31 de outubro de 2023, publicado no Diário Oficial do Estado, edição nº 11535, de 06 de novembro de 2023;

considerando retificação da homologação final do 13º Concurso Público ao Cargo de Agente Universitário na Unioeste, divulgados por meio do Edital nº 234/2023-GRE, de 24 de novembro de 2023, publicado no Diário Oficial do Estado, edição nº 11549, de 27 de novembro de 2023;

considerando a Resolução nº 001/2024-COU, de 08 de fevereiro de 2024, que homologou 13º Concurso Público, publicada no Diário Oficial do Estado nº 11600, de 16 de fevereiro de 2024,

considerando Edital nº 126/2025 – GRE de 26 de junho de 2025, que exclui candidato convocado em terceira chamada;

considerando Edital nº 127/2025 – GRE de 26 de junho de 2025, que exclui candidato convocado em primeira chamada,

RESOLVE:

Art. 1º Convocar em quarta chamada os candidatos nominados no Anexo I deste Edital, para aceite da vaga para a qual foram aprovados no **13º Concurso Público para Agentes Universitários da Universidade Estadual do Oeste do Paraná – Unioeste**.

Art. 2º Os candidatos, convocados por este Edital, **deverão comparecer** na Pró-Reitoria de Recursos Humanos (Reitoria) e/ou Divisão de Recursos Humanos do Campus para qual concorreu a vaga, no período de **01 a 31 de julho de 2025**, no horário das 08 às 11h30min e das 14 às 17 horas, munidos da competente documentação,

exames e avaliações relacionadas neste Edital e recebimento de instruções complementares para o processo de admissão.

Art. 3º Os candidatos convocados, mencionados no Anexo, deverão realizar os seguintes exames laboratoriais e avaliações, para obtenção do Atestado de Saúde Ocupacional:

Exames laboratoriais:

- Hemograma completo;
- Glicemia de jejum;
- Colesterol Total;
- Triglicerídeos;
- Creatinina;
- T.G.O.;
- T.G.P.;
- Parcial de urina;

Avaliações:

- Avaliação oftalmológica com acuidade visual;
- Avaliação otorrinolaringológica com audiometria;
- Avaliação psiquiátrica;
- Avaliação ortopédica;
- Avaliação cardiológica composta de eletrocardiograma e para maiores de 45 anos também Teste de Esforço;
- Comprovante de vacinação conforme calendário adulto;
- **Exame clínico (a ser realizado no Setor de Medicina Ocupacional do Hospital Universitário do Oeste do Paraná – HUOP, conforme Art. 6º).**

§ 1º serão aceitas somente consultas com especialistas e avaliações realizadas na forma PRESENCIAL, não podendo ser por meio remoto.

§ 2º serão aceitas consultas e avaliações realizadas com data posterior a 01 de maio 2025.

Art. 4º As avaliações acima devem ser emitidas por especialistas: Oftalmologista; Otorrinolaringologista; Cardiologista; Psiquiatra e Ortopedista.

Art. 5º Os custos com os exames, mencionados neste Edital, correrão a expensas do candidato, conforme previsto no Edital de abertura nº 096/2023-GRE, item 19.20.

Art. 6º O candidato convocado deverá entrar em contato com o Setor de Medicina Ocupacional do Hospital Universitário do Oeste do Paraná – HUOP, pelo telefone (45) 3321-5461, (45) 3321-4715 e/ou (45) 3321-4717 no horário das 7h às 12 horas e das 13h30min às 17 horas, para agendamento da entrega dos exames

laboratoriais e avaliações médicas para obtenção do Exame Clínico - Atestado de Saúde Ocupacional, dentro do prazo previsto no artigo 2º deste Edital.

Art. 7º A avaliação médica terá caráter eliminatório, sendo o candidato considerado apto ou inapto.

Art. 8º Será considerado apto os candidatos que não apresentarem qualquer alterações patológicas que contraindiquem ao desempenho do cargo/função.

Art. 9º Para fins de nomeação, o convocado, no ato do comparecimento, deve apresentar:

§ 1º Fotocópia dos documentos abaixo, juntamente com os seus originais:

- I. Cédula de identidade emitida de qualquer Estado da Federação;
- II. CPF (Comprovante de situação cadastral no CPF emitido pelo site da Receita Federal):
<https://servicos.receita.fazenda.gov.br/Servicos/CPF/ConsultaSituacao/ConsultaPublica.asp>;
- III. Certidão de quitação das obrigações eleitorais, que pode ser obtida na home page do TSE, no endereço eletrônico:
<https://www.tse.jus.br/eleitor/certidoes/certidao-de-quitacao-eleitoral>
- IV. Certidão de nascimento/casamento;
- V. Certidão de nascimento de filhos menores de 21 anos;
- VI. CPF dos dependentes (Comprovante de situação cadastral no CPF emitido pelo site da Receita Federal):
<https://servicos.receita.fazenda.gov.br/Servicos/CPF/ConsultaSituacao/ConsultaPublica.asp>;
- VII. Certificado de Reservista ou de Dispensa de Incorporação, para candidatos do sexo masculino;
- VIII. Número de inscrição no PIS/PASEP;
- IX. Cópia da Carteira de Trabalho – frente e verso da folha em que constam o número e foto.
- X. Comprovante de residência atualizado;
- XI. Duas cópias da Carteira de Vacinação;
- XII. Visto permanente, para candidatos estrangeiros.

§ 2º Originais dos documentos relacionados a seguir:

- I. Fotografia 3X4 recente;
- II. Certidão Cível e Criminal de 1º e 2º Grau de Jurisdição, atualizada, da Justiça Estadual onde tenha residido nos últimos 5 anos. As certidões de 2.º Grau de Jurisdição - Antecedentes para Pessoa Física do TJPR pode ser emitida no link: (<https://www.tjpr.jus.br/certidoes>). As certidões cíveis e criminais de 1.º Grau de Jurisdição do Poder Judiciário do Estado do Paraná, deverão ser solicitadas diretamente no Cartório Distribuidor da respectiva comarca onde o nomeado tenha residido nos últimos cinco

anos, conforme normas estabelecidas pelo Poder Judiciário, podendo ser expedida em certidão única. As certidões de 1.º e 2.º Grau expedidas pelo Poder Judiciário de outros Estados deverão ser solicitadas de acordo com as normas e procedimentos estabelecidos pelos respectivos Tribunais).

III. Atestado de Saúde Ocupacional, a ser emitido por Médico desta IES.

Art. 10º Para fins da POSSE ao cargo, o convocado no ato do comparecimento, deve apresentar:

- I. Comprovante de escolaridade, bem como comprovante do requisito de ingresso exigido para o exercício do cargo/função.
- II. Documento de inscrição no conselho profissional correspondente, quando solicitado como requisito mínimo;
- III. Declaração de Não Acúmulo de Cargo;

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. 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);

§ 3º Os documentos exigidos nos incisos I, II e III deste artigo poderão ser apresentados na entrega dos demais documentos referentes a nomeação no prazo deste Edital. A não entrega dos documentos até a data da posse acarretará a eliminação do candidato no concurso público, com nulidade da aprovação e classificação e dos efeitos decorrentes, sem prejuízo das sanções penais aplicáveis.

§ 4º O documento exigido no Inciso XIII do § 1º, deste artigo, poderá ser substituído pelo visto temporário, na data de aceite da vaga, sendo exigido, porém, para a posse, incondicionalmente, o visto permanente, sob pena de perda dos direitos decorrentes da aprovação e classificação.

Art. 11º Formulários e documentos, fornecidos pela Diretoria de Desenvolvimento de Humano, para preenchimento do candidato, a saber:

- I. Ficha de Informações Médicas;
- II. Ficha Cadastral;
- III. declaração de que não tenha sido demitido, em consequência de aplicação de pena disciplinar, do serviço público federal, estadual, distrital ou municipal, nos últimos cinco anos, contados de forma retroativa da data da nomeação, nem que perdeu o cargo em razão de ordem judicial;
- IV. Declaração, relativos aos bens e direitos;
- V. Formulário para inclusão de dependentes no SAS – Sistema de



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



- Assistência à Saúde.
- VI. Declaração sobre Ingresso no Serviço Público em Cargo Efetivo para Fins de Análise do Regime Previdenciário Aplicável.;
 - VII. Autorização para acesso aos dados de bens e rendas da Declaração do IRRF (Decreto n.º 2141/2008).

Art. 12º Verificada a ilegitimidade nos documentos apresentados, o candidato será eliminado do Concurso Público, com nulidade da aprovação e classificação e dos efeitos decorrentes, sem prejuízo das sanções penais aplicáveis.

Parágrafo único - Caso a irregularidade seja constatada após a posse do candidato, ele será submetido a competente processo administrativo disciplinar, na forma do Regimento Geral da UNIOESTE e Estatuto dos Funcionários Cíveis do Paraná (Lei nº 6.174/70).

Art. 13º. Se o candidato, convocado por este Edital, não comparecer à Pró-Reitoria de Recursos Humanos e/ou Divisão de Recursos Humanos do Campus para qual concorreu a vaga, no prazo estabelecido no artigo 2º, perderá automaticamente a vaga, caso em que será convocado o candidato com classificação imediatamente posterior.

Art. 14º. Os casos omissos serão resolvidos pela Pró-Reitoria de Recursos Humanos da Unioeste.

Publique-se. Cumpre-se.

Cascavel, 27 de junho de 2025.

GILMAR RIBEIRO DE MELLO:64388760978
8

Assinado de forma digital
por GILMAR RIBEIRO DE
MELLO:64388760978
Dados: 2025.06.27 16:33:12
-03'00'

GILMAR RIBEIRO DE MELLO
Reitor em Exercício

**Anexo I ao Edital nº 129/2025, de 27 de junho de 2025 – 13º Concurso Público
Agentes Universitários.**

CANDIDATOS CONVOCADOS

AGENTE UNIVERSITÁRIO DE EXECUÇÃO

CLASSIFICAÇÃO AFRODESCENDENTE

MUNICÍPIO LOTAÇÃO	NOME	CPF	FUNÇÃO	CLASS.	LOCAL DE ENTREGA DOCUMENTOS
Cascavel	SILVANA CALDEIRA	051.xxx.xxx-24	Técnico em Laboratório	2º	Pró-Reitoria de Recursos Humanos – Sala 207: Rua Universitária 1619 – Jd. Universitário –

AGENTE UNIVERSITÁRIO PROFISSIONAL

CLASSIFICAÇÃO GERAL

MUNICÍPIO LOTAÇÃO	NOME	CPF	FUNÇÃO	CLASS.	LOCAL DE ENTREGA DOCUMENTOS
Toledo	ARIANE SPIASSI	106.xxx.xxx-50	Bibliotecário	2º	Pró-Reitoria de Recursos Humanos: Rua Universitária 1619 – Jd. Universitário – Cascavel/PR



FICHA CADASTRAL

Nome Completo:		Sexo:	
Data de Nascimento:	Naturalidade:	UF:	
Filiação: Pai:	Mãe:		
Nome social:		Raça/cor:	
Estado civil:		Tipo sanguíneo/Fator RH	
RG:	UF:	Órgão emissor:	Data expedição:
CPF:	Certidão Casamento:		Data de expedição:
Nome cônjuge:		RG do Cônjuge:	Certificado reservista:
CNH:	UF:	Data expedição:	Validade:
Título de eleitor:		UF:	Zona:
		Seção:	
CTPS:	Série:	UF:	Data expedição:
		PIS/PASEP:	
Endereço Residencial:			N.º
Bairro:		Complemento:	
Cidade:	UF:	CEP:	
Telefone res.:	Telefone recado:	Celular:	
E-mail:			
Portador de necessidades especiais? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			
Caso afirmativo, preencher:	N.º laudo:	Tipo:	Grau: CID10:
Possui alguma doença grave:			
Possui algum tipo de alergia:			
Toma medicamento contínuo:			
Outras informações:			
Em caso de emergência avisar:			Telefone:
Escolaridade	<input type="checkbox"/> Ens. Fundamental	<input type="checkbox"/> Ens. Médio	<input type="checkbox"/> Superior
Situação:	<input type="checkbox"/> Completo	<input type="checkbox"/> Incompleto	Ano conclusão:
Graduação: Nome do curso:			
Entidade:		Período:	

Registro de Classe n.º	Expedição:	Órgão emissor:	Validade:
Pós-graduação curso: Entidade: Carga horária: Outros cursos relevantes: <div style="text-align: right; margin-top: 20px;"> Lê <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> Fala <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> Escreve <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> Lê <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> Fala <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> Escreve <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> </div>			
DEPENDENTE(S) DE IMPOSTO DE RENDA (Para inclusão de Dependentes de Imposto de Renda é obrigatório apresentar fotocópia da Certidão de Nascimento, RG e CPF do(s) dependente(s))			
Nome	Dependência	CPF	

DADOS BANCÁRIOS PARA PAGAMENTO			
Solicito para fins de percepção mensal do meu pagamento que o mesmo seja depositado na minha conta-corrente, conforme dados abaixo:			
Banco do Brasil 001	Agência n.º	Conta-corrente n.º	Tipo:

INFORMAÇÕES DO CARGO:	
Decreto de nomeação:	Data do Decreto:
DIOE edição n.º:	Data do DIOE:
Cargo:	Simbologia:
Órgão:	

OPÇÃO DE VENCIMENTO (art. 159, da Lei n.º 6174/70)	
Ao funcionário nomeado para o exercício de cargo em comissão é facultado optar pelo vencimento desse cargo ou pela percepção do vencimento e demais vantagens do seu cargo efetivo, acrescido de gratificação fixa correspondentes a vinte por cento do valor do símbolo do cargo em comissão respectivo.	
<input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="checkbox"/>	Vencimento e demais vantagens do cargo efetivo + 20% do valor do símbolo do cargo em comissão.
<input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="checkbox"/>	Vencimento somente do cargo em comissão.

Responsabilizo-me na forma da lei pela veracidade das informações acima prestadas.	
Local, data <div style="text-align: right; margin-top: 20px;">Servidor(a)</div>	

DECLARAÇÃO DE ACÚMULO DE CARGOS, FUNÇÕES E EMPREGOS PÚBLICOS

DADOS PESSOAIS

Nome:		RG:	
Data de Nascimento:	Sexo:	Masculino	Feminino
Endereço residencial:			
Município:		CEP:	
Telefone:		Estado:	
Cargo/emprego/função pública para nomeação/contratação:			

DADOS DO 1º CARGO/EMPREGO:

Órgão:	<input type="checkbox"/> Municipal	<input type="checkbox"/> Estadual	<input type="checkbox"/> Federal					
Denominação do cargo/emprego:	LF:							
Regime Jurídico:	<input type="checkbox"/> Estatutário	<input type="checkbox"/> CLT	<input type="checkbox"/> Contrato Temporário	<input type="checkbox"/> Cargo Comissionado				
Situação:	<input type="checkbox"/> Ativo	<input type="checkbox"/> Inativo	<input type="checkbox"/> Outros					
Data de Admissão:	Carga Horária Semanal:							
Horário de trabalho:								
<input type="checkbox"/> Manhã	das	às	<input type="checkbox"/> Tarde	das	às	<input type="checkbox"/> Noite	das	às

DADOS DO 2º CARGO/EMPREGO:			
Órgão:	<input type="checkbox"/> Municipal	<input type="checkbox"/> Estadual	<input type="checkbox"/> Federal
Denominação do cargo/emprego:			LF:
Regime Jurídico:	<input type="checkbox"/> Estatutário	<input type="checkbox"/> CLT	<input type="checkbox"/> Contrato Temporário <input type="checkbox"/> Cargo Comissionado
Situação:	<input type="checkbox"/> Ativo	<input type="checkbox"/> Inativo	<input type="checkbox"/> Outros
Data de Admissão:		Carga Horária Semanal:	
Horário de trabalho:			
<input type="checkbox"/> Manhã	das	às	<input type="checkbox"/> Tarde
			às
<input type="checkbox"/> Noite	das		às
DECLARAÇÃO			
<input type="checkbox"/>	VERACIDADE DAS INFORMAÇÕES PRESTADAS		
	Declaro para fins de posse/admissão que as informações acima prestadas são verdadeiras, sob pena de estar infringindo o Artigo 299 do Código Penal Brasileiro.		
<input type="checkbox"/>	CASO NÃO POSSUA OUTRO CARGO/EMPREGO OU FUNÇÃO PÚBLICA		
	Eu, acima nominado(a), declaro para fins de posse/admissão, que não exerço cargo, emprego ou função pública remunerada, em Órgãos da Administração Direta ou Indireta do Governo Federal, Estadual ou Municipal, ou em outros Poderes do Estado, sob pena de estar infringindo o artigo 299 do Código Penal Brasileiro.		
Local, data			
Declarante			

AUTORIZAÇÃO PARA FINS DE CUMPRIMENTO DO DECRETO ESTADUAL N.º 2141/2008

Nome:

RG:

CPF:

Pelo presente instrumento, autorizo os representantes legais do Estado do Paraná a requisitarem e acessarem as informações por mim prestadas à Receita Federal, relativas aos bens, direitos, valores e obrigações constantes das minhas declarações anuais de bens.

Esta autorização é válida para fins do artigo 3º do Decreto Estadual n.º 2141/2008 e conforme previsto no artigo 198, § 1º, inciso II do CTN em caráter de atualização para todos os exercícios, conforme vínculo mantido com o Estado.

Cônjuge e dependentes incluídos na Declaração de Rendimentos:

Nome:

RG:

CPF:

Nome:

RG:

CPF:

Nome:

RG:

CPF:

Nome:

RG:

CPF:

,
Local, data

Servidor

DECLARAÇÃO

Perda de Cargo Público

Eu _____, RG _____

DECLARO, sob as penas da lei, para fins de nomeação em cargo público, que **NÃO** fui demitido(a) do serviço público federal, estadual, distrital ou municipal em consequência de aplicação de pena disciplinar, nos últimos 5 (cinco) anos, contados de forma retroativa a partir da data de nomeação e **NÃO** perdi o cargo público em razão de ordem judicial transitada em julgado a ser cumprida ou em cumprimento.

Nada mais a declarar e ciente das responsabilidades pelas declarações prestadas, firmo a presente.

Local, data _____,

Servidor(a)

DECLARAÇÃO DE BENS E VALORES

Decreto Estadual n.º 2141/2008

Nome:	
RG:	CPF:

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO DEPENDENTE

Nome:		RG:
CPF:	Código de Dependência:	

RELAÇÃO DE BENS E VALORES

ITEM	CÓDIGO	DISCRIMINAÇÃO	VALOR
TOTAL			
Número de Dependentes com informação na 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, a guarda das informações constantes neste formulário, bem como das informações anuais posteriores que atualizarão a presente, resguardado o sigilo destas.

Local, data

Servidor(a)

TABELAS DE REFERÊNCIA PARA PREENCHIMENTO

CÓDIGOS DE RELAÇÃO DE DEPENDÊNCIA					
Cód.	Descrição	Cód.	Descrição	Cód.	Descrição
11	Companheiro(a) ou cônjuge	24	Irmão(ã), neto(a) ou bisneto(a)	99	Outros
21	Filho(a) ou enteado(a)	31	Pais, avós e bisavós		

CÓDIGOS DE RELAÇÃO DE DEPENDÊNCIA					
IMÓVEIS		PARTICIPAÇÕES SOCIETÁRIAS		FUNDOS	
Cód.	Descrição	Cód.	Descrição	Cód.	Descrição
01	Prédio residencial	31	Ações (inclusive as provenientes de linha telefônica)	71	Fundo de Investimento Financeiro - FIF
02	Prédio comercial	32	Quotas ou quinhões de capital	72	Fundo de Aplicação em Quotas de Fundos de Investimento
03	Galpão	39	Outros	73	Fundo de Capitalização
11	Apartamento	APLICAÇÕES E INVESTIMENTOS		74	Fundo de Ações, inclusive Carteira Livre e Fundo de Investimento no exterior
12	Casa	41	Caderneta de poupança	79	Outros
13	Terreno	45	Aplicação de Renda Fixa (CDB, RDB e outros)	OUTROS BENS E DIREITOS	
14	Terra nua	46	Ouro, Ativo Financeiro	91	Licença e concessão especiais
15	Sala ou conjunto	47	Mercados Futuros, de Ações e a Termo	92	Título de clube e assemelhados
16	Construção	49	Outros	93	Direito de autor, de inventor e de patente
17	Benfeitorias	CRÉDITOS E POUPANÇA VINCULADOS		94	Direito de lavra e assemelhado
18	Loja	51	Crédito decorrente de empréstimo	95	Consórcio não contemplado
19	Outros	52	Crédito decorrente de alienação	99	Outros
BENS MÓVEIS		53	Plano PAIT e caderneta de pecúlio		
21	Veículo automotor terrestre: caminhão, automóvel, motocicleta, etc	54	Poupança para construção ou aquisição de bem imóvel		
22	Aeronave	59	Outros		
23	Embarcação	DEPÓSITOS À VISTA E NUMERÁRIO			
24	Bem relacionado com o exercício da atividade autônoma	61	Depósito bancário em conta-corrente no País		
25	Joia, quadro, objeto de arte, de coleção antiguidade	62	Depósito bancário em conta-corrente no exterior		
26	Linha telefônica	63	Dinheiro em espécie – moeda nacional		
29	Outros	64	Dinheiro em espécie – moeda estrangeira		
		69	Outros		

CHECKLIST DE DOCUMENTOS PARA POSSE DE CARGO EFETIVO

DOCUMENTOS PESSOAIS

<input type="checkbox"/>	1. Documento de Identificação Oficial (RG)
<input type="checkbox"/>	2. Certificado de reservista ou de dispensa do serviço militar
<input type="checkbox"/>	3. Título de eleitor e comprovante da última votação ou certidão de quitação eleitoral
<input type="checkbox"/>	4. Certificado e Histórico Escolar (nível médio/técnico/profissionalizante)
<input type="checkbox"/>	5. Diploma de Curso Superior ou Certificado de Colação de Grau e Histórico Escolar (nível superior ou técnico profissionalizante).
<input type="checkbox"/>	6. Registro regular no respectivo órgão de classe (nível superior/técnico/profissionalizante)
<input type="checkbox"/>	7. Comprovante de pagamento de outro vínculo público, caso informado acúmulo legal
<input type="checkbox"/>	8. Outras exigências contempladas no Edital de Regulamento do Concurso Público e Perfil Profissiográfico do cargo/função:
<input type="checkbox"/>	

ATESTADOS, CERTIDÕES E DECLARAÇÕES

<input type="checkbox"/>	9. Certidões Cíveis e Criminais da Justiça Estadual dos lugares onde haja residido nos últimos cinco anos
<input type="checkbox"/>	10. Declaração de bens, direitos e valores que constituem o seu patrimônio (Decreto Estadual nº 2141/2008)
<input type="checkbox"/>	11. Declaração de não demissão de cargo público em consequência de pena disciplinar ou perda do cargo público em razão de ordem judicial transitada em julgado a ser cumprida ou em cumprimento
<input type="checkbox"/>	12. Declaração de Acúmulo de Cargos, Funções e Empregos Públicos

CONTROLE DE RECEBIMENTO DE DOCUMENTOS PARA A POSSE

☐ **Documentação completa**

Declaramos que a documentação apresentada pelo nomeado está completa, estando, portanto, apto à emissão do Termo de Posse.

, / / .

Local e data de recebimento.

NOME DO SERVIDOR RESPONSÁVEL PELA CONFERÊNCIA

ASSINATURA

☐ **Documentação incompleta.** Itens pendentes:

Declaro estar ciente que apresentei os documentos de forma incompleta a qual foi devolvida, sendo que possuo até / / para entregar os documentos na íntegra e estarei sujeito a nova conferência.

NOME COMPLETO DO NOMEADO

ASSINATURA

✂-----
DESTACAR E ENTREGAR AO NOMEADO

☐ **Documentação incompleta.** Itens pendentes:

Data limite para apresentação (considerar prorrogação, se houver): / /

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:

RG: CPF:

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

Naturalidade:

Cargo :

Endereço/telefone:

Email:

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"/>) NÃO	12. Fez ou faz Tratamento Psiquiátrico	(<input type="checkbox"/>) SIM (<input type="checkbox"/>) NÃO
2. Pressão Alta	(<input type="checkbox"/>) SIM (<input type="checkbox"/>) NÃO	13. Fez ou faz Tratamento Psicológico	(<input type="checkbox"/>) SIM (<input type="checkbox"/>) NÃO
3. Doenças do pulmão	(<input type="checkbox"/>) SIM (<input type="checkbox"/>) NÃO	14. Doenças da Audição/Ouvidos/Labirintites	(<input type="checkbox"/>) SIM (<input type="checkbox"/>) NÃO
4. Asma/Bronquite/Rinite	(<input type="checkbox"/>) SIM (<input type="checkbox"/>) NÃO	15. Doenças da Visão/Olhos	(<input type="checkbox"/>) SIM (<input type="checkbox"/>) NÃO
5. Alergias	(<input type="checkbox"/>) SIM (<input type="checkbox"/>) NÃO	16. Diabetes	(<input type="checkbox"/>) SIM (<input type="checkbox"/>) NÃO
6. Doenças do Fígado	(<input type="checkbox"/>) SIM (<input type="checkbox"/>) NÃO	17. Doenças do Estômago / Intestinos	(<input type="checkbox"/>) SIM (<input type="checkbox"/>) NÃO
7. Doenças do Rim	(<input type="checkbox"/>) SIM (<input type="checkbox"/>) NÃO	18. Já fez Tratamento de Fraturas	(<input type="checkbox"/>) SIM (<input type="checkbox"/>) NÃO
8. Tumores	(<input type="checkbox"/>) SIM (<input type="checkbox"/>) NÃO	19. Submeteu-se a alguma Cirurgia	(<input type="checkbox"/>) SIM (<input type="checkbox"/>) NÃO
9. Doenças Reumáticas/artrose/osteoporose	(<input type="checkbox"/>) SIM (<input type="checkbox"/>) NÃO	20. Esteve Internado nos últimos 2 anos	(<input type="checkbox"/>) SIM (<input type="checkbox"/>) NÃO
10. Convulsões / Desmaios	(<input type="checkbox"/>) SIM (<input type="checkbox"/>) NÃO	21. Possui algum problema congênito (de nascença)	(<input type="checkbox"/>) SIM (<input type="checkbox"/>) NÃO
11. Doenças Neurológicas	(<input type="checkbox"/>) SIM (<input type="checkbox"/>) NÃO	22. Doenças da Pele	(<input type="checkbox"/>) SIM (<input type="checkbox"/>) NÃO
23. Já fez ou faz Tratamento da Coluna Cervical, Dorsal, Lombar, Ombros, Cotovelos, Joelhos, Punhos ou Hérnia de Disco?	(<input type="checkbox"/>) SIM (<input type="checkbox"/>) NÃO		
24. Apresenta alguma Doença Óssea ou Neuromuscular que limite a atividade laboral?	(<input type="checkbox"/>) SIM (<input type="checkbox"/>) NÃO		
25. Já fez ou faz Tratamento de Úlceras Varicosas ou Trombose de Membros Inferiores?	(<input type="checkbox"/>) SIM (<input type="checkbox"/>) NÃO		
26. Encontra-se em LICENÇA MÉDICA no Paraná ou outro Estado (INSS ou outro Órgão Pericial Oficial)?	(<input type="checkbox"/>) SIM (<input type="checkbox"/>) NÃO		
27. Já esteve em benefício de qualquer natureza por motivo de saúde? (Perícia INSS, Perícia Federal, Estadual ou Municipal)	(<input type="checkbox"/>) SIM (<input type="checkbox"/>) NÃO		

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)
<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

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"/>) NÃO		<input type="text"/>
2. Pratica esportes	(<input type="checkbox"/>) SIM (<input type="checkbox"/>) NÃO		<input type="text"/>
3. Alimenta-se bem	(<input type="checkbox"/>) SIM (<input type="checkbox"/>) NÃO		<input type="text"/>
4. Mora em residência com água e esgoto	(<input type="checkbox"/>) SIM (<input type="checkbox"/>) NÃO		<input type="text"/>

5. Faz uso de algum medicamento de forma contínua?	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	
--	------------------------------	------------------------------	--

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

			ESPECIFIQUE
1. Pressão alta	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	
2. Doenças do coração	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	
3. Reumatismo	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	
4. Diabetes	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	
5. Doenças do pulmão	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	
6. Doenças cerebrais	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	

4. Houve alguma modificação no seu estado de saúde nos últimos anos? ☐ SIM ☐ NÃO

Qual modificação e quando aconteceu?

5. Apresenta no momento alguma impossibilidade de assumir de forma plena o cargo ou função a que está se propondo?

☐ SIM ☐ NÃO

Especifique:

6. 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):

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)

FICHA DE CADASTRO DO SAS

DADOS DO TITULAR

ID:		
NOME:		
CPF:		
RG:		ORGÃO EMISSOR/UF:
DATA NASC: / /		SEXO: () MASC () FEM
NATURALIDADE:	UF:	ESTADO CIVIL:
NOME DA MÃE:		NOME DO PAI:
ENDEREÇO:		CEP:
BAIRRO:	CIDADE:	ESTADO:
TELEFONE: ()		CELULAR: ()

DADOS DO DEPENDENTE

ID:		
NOME:		
CPF:		
RG:		ORGÃO EMISSOR/UF:
DATA NASC: / /		SEXO: () MASC () FEM
NATURALIDADE:	UF:	ESTADO CIVIL:
NOME DA MÃE:		NOME DO PAI:
ENDEREÇO:		CEP:
BAIRRO:	CIDADE:	ESTADO:
TELEFONE: ()		CELULAR: ()

DADOS DO DEPENDENTE

ID:		
NOME:		
CPF:		
RG:		ORGÃO EMISSOR/UF:
DATA NASC: / /		SEXO: () MASC () FEM
NATURALIDADE:	UF:	ESTADO CIVIL:
NOME DA MÃE:		NOME DO PAI:
ENDEREÇO:		CEP:
BAIRRO:	CIDADE:	ESTADO:
TELEFONE: ()		CELULAR: ()

DADOS DO DEPENDENTE

ID:			
NOME:			
CPF:			
RG:		ORGÃO EMISSOR/UF:	
DATA NASC: / /		SEXO: () MASC () FEM	
NATURALIDADE:	UF:	ESTADO CIVIL:	
NOME DA MÃE:		NOME DO PAI:	
ENDEREÇO:			CEP:
BAIRRO:	CIDADE:	ESTADO:	
TELEFONE: ()		CELULAR: ()	

DADOS DO DEPENDENTE

ID:			
NOME:			
CPF:			
RG:		ORGÃO EMISSOR/UF:	
DATA NASC: / /		SEXO: () MASC () FEM	
NATURALIDADE:	UF:	ESTADO CIVIL:	
NOME DA MÃE:		NOME DO PAI:	
ENDEREÇO:			CEP:
BAIRRO:	CIDADE:	ESTADO:	
TELEFONE: ()		CELULAR: ()	

Documentos que deverão ser anexados

Inclusão de Filho (a):

- Certidão de Nascimento;
- RG;
- CPF;
- Comprovante de Residência.

Inclusão do Cônjuge:

- Certidão de Casamento;
- RG;
- CPF;
- Comprovante de Residência.

OBS: Para inclusão de companheiro (a), filhos inválidos ou incapazes, enteados, tutelados ou menores sob guarda serão inscritos exclusivamente pela Paranaprevidência.

ASSINATURA: _____

LOCAL E DATA: _____, ____/____/____.

**DECLARAÇÃO SOBRE INGRESSO NO SERVIÇO PÚBLICO EM CARGO
EFETIVO PARA FINS DE ANÁLISE DO REGIME PREVIDENCIÁRIO
APLICÁVEL**

Nome Social (se houver): <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>		
Nome: <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>		
Matrícula: <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>	Cargo: <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>	Função: <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>
Data de Nascimento: <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>	CPF: <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>	e-mail: <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>
Data de entrada em exercício no Poder Executivo do Estado do Paraná: <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>		Data de entrada em exercício em Cargo efetivo anterior ao ingresso no Poder Executivo do Estado do Paraná, sem interrupção (se houver): <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>
<p>Considerando o contido na Lei nº 20.777, de 16 de novembro de 2021, que instituiu, no Estado do Paraná, o Regime de Previdência Complementar (RPC) a que se referem os §§ 14, 15 e 16 do art. 40 da Constituição Federal e os §§ 16, 17 e 18 do art. 35 da Constituição do Estado do Paraná;</p> <p>DECLARO:</p> <p>I - (<input type="checkbox"/>) que trata-se do meu primeiro ingresso no serviço público em cargo efetivo, a partir de 22 de setembro de 2022. Neste caso não é necessário o preenchimento dos próximos itens. O(a) Servidor(a) será inscrito(a) no “RPPS limitado” (proteção do(a) servidor(a) pelo RPPS até o limite máximo de benefícios do RGPS) com inscrição automática no RPC (se houver remuneração excedente ao limite do RGPS, com opção de cancelamento em 90 dias).</p> <p>II - (<input type="checkbox"/>) que ingressei no serviço público antes de 22 de setembro de 2022, e nele permaneci sem perda do vínculo efetivo até minha assunção no Poder Executivo do Paraná, porém, já estava submetido ao Regime de Previdência Complementar, compulsoriamente ou mediante prévia e expressa opção, conforme previsto nos §§ 14, 15 e 16 do art. 40 da Constituição Federal, e §18 do art. 35 da Constituição Estadual. Neste caso não é necessário o preenchimento dos próximos itens. O(a) Servidor(a) será inscrito(a) no “RPPS limitado” (proteção do(a) servidor(a) pelo RPPS até o limite máximo de benefícios do RGPS) com inscrição automática no RPC (se houver remuneração excedente ao limite do RGPS, com opção de cancelamento em 90 dias).</p> <p>III - (<input type="checkbox"/>) que meu ingresso no serviço público em cargo efetivo de qualquer dos entes da federação é anterior a 22 de setembro de 2022 e sem interrupção para assunção neste</p>		



cargo no Poder Executivo do Estado do Paraná, e que o regime de previdência que eu estava submetido não era o RPC, conforme o item II desta declaração.

Neste caso, se a documentação estiver correta e completa o(a) Servidor(a) será inscrito(a) no “RPPS antigo”, ou seja, sem limitação ao teto do RGPS (observadas as regras previdenciárias vigentes ao tempo da aposentadoria).

Ressalta-se que o vínculo com Empresa Pública ou Sociedade de Economia Mista, bem como o exercício em cargo exclusivamente em comissão ou temporário, ainda que exercido no Poder Executivo do Paraná, não é considerado como “ingresso no serviço público”, nos termos do Prejulgado nº 28 - retificado pelo Acórdão 541/20 do TCE/PR.

Para tanto, declaro, ainda, que entregarei em até 30 (trinta dias) da data de entrada em exercício os seguintes documentos:

a) certidão ou declaração de regime previdenciário, se ocupante de cargo efetivo, contendo as seguintes informações:

1. cargo exercido;
2. órgão, autarquia ou fundação pública de origem;
3. data de posse e exercício;
4. regime previdenciário e sua base legal;
5. se houve adesão ao regime previdenciário complementar; e,
6. data de exoneração/vacância.

1. (☐) Declaro, também, que no prazo de 90 (noventa) dias apresentarei as certidões de tempo de contribuição - CTC para fins de averbação do tempo de contribuição referente a serviço público em cargo efetivo informado nesta declaração.

2. (☐) Declaro estar ciente de que para a entrega da CTC referente ao cargo efetivo, **nos casos em que a certidão de tempo de contribuição seja emitida pelo INSS**, o prazo concedido será de até 1 (um) ano.

3. (☐) Declaro estar ciente de que a ausência de apresentação da CTC no prazo estabelecido nos itens 1 e 2, logo acima, tornará nula a minha inscrição no RPPS “antigo” com consequente inscrição no RPC e respectivas repercussões previdenciárias e eventualmente funcionais.

Em ambos os casos acima citados a ausência de apresentação da CTC no prazo avençado, tornará nula a minha inscrição no RPPS “antigo” com consequente inscrição no RPC e respectivas consequências previdenciárias e eventualmente funcionais.

Eventuais pedidos de prorrogação do prazo de que trata esse tópico serão permitidos, porém, devem ser enviados à Divisão de Seguridade Funcional/SEAP para análise e o aceite pela Administração ficará condicionado à pertinência fática e contemporaneidade da justificativa apresentada.



Local e data:

Assinatura:

Assinatura RH: