



**PARANÁ**

GOVERNO DO ESTADO  
Secretaria da Segurança Pública  
e Administração Penitenciária

**SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA E ADMINISTRAÇÃO  
PENITENCIÁRIA  
COMISSÃO DO CONCURSO EDITAL Nº 001/2013**

**EDITAL Nº 007/2018**

O SECRETÁRIO DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA E ADMINISTRAÇÃO PENITENCIÁRIA, no uso de suas atribuições, e considerando o pedido de Cumprimento de Ordem Judicial nº 231/2018, da Douta Procuradoria-Geral do Estado, em face da sentença de mérito proferida nos Autos nº 6490-83.2015.8.16.0004, da 1ª Vara da Fazenda Pública da Comarca de Curitiba, bem como o contido no Protocolo nº 15.165.534-3, resolve:

**TORNAR PÚBLICA**

1. A convocação, *sub judice*, do candidato **ALESSANDRO DE CARLO ZIEMANN**, RG: 1793449-SC, inscrito sob o nº 14419315, aprovado conforme informação prestada pela Comissão do Concurso e classificado no Concurso Público regido pelo Edital nº 001/2013, para provimento no cargo de Delegado de Polícia do Quadro Próprio da Polícia Civil, para realizar a Avaliação Médica nos termos do estabelecido no item 21 do Edital nº 001/2013;
2. A Comissão do Concurso do Edital nº 001/2013, agendou o **dia 10 de maio de 2018, às 09 (nove) horas**, para que o candidato compareça à Perícia Médica na COORDENADORIA DE SEGURANÇA E SAÚDE OCUPACIONAL – CSO/SEAP. O candidato deverá comparecer no horário agendado. Deverá estar munido dos exames previstos no item 21 do Edital nº 001/2013, bem como apresentar a “Ficha de Informações Médicas” devidamente preenchida. Não haverá prorrogação para a Perícia;

3. A perícia será realizada em Curitiba-PR, na COORDENADORIA DE SEGURANÇA E SAÚDE OCUPACIONAL – CSO/SEAP, Rua Inácio Lustosa, nº 700 Bairro São Francisco – Curitiba – Paraná.

#### DOCUMENTAÇÃO PARA PERÍCIA

4. O candidato deverá providenciar, às suas expensas, os seguintes exames de laboratório, exames de imagem e avaliações:

4.1 Exames: Hemograma Completo, Glicose, Uréia, Creatinina, Tipagem Sanguínea;

4.2 Avaliações clínicas: avaliação oftalmológica com acuidade visual, avaliação otorrinolaringológica com audiometria, avaliação cardiovascular com eletrocardiograma, avaliação psiquiátrica, avaliação ortopédica e avaliação neurológica.

5. O Candidato deverá obrigatoriamente apresentar os exames de laboratório, exames de imagem e avaliações, cuja data de realização não deverá exceder a 90 (noventa) dias corridos da sua apresentação na Perícia;

6. Ficha de Informações Médicas, devidamente preenchida e assinada, de acordo com o anexo I do presente edital.

7. O não comparecimento do candidato no dia marcado para Avaliação Médica ou não apresentar as vias originais de todos os resultados de exames relacionados, bem como a não entrega da Ficha de Informações Médicas devidamente preenchida e assinada, importará na sua eliminação. Não será aceita qualquer alegação de desconhecimento dos procedimentos exigidos.

Curitiba, 23 de abril de 2018.



**Julio Cezar dos Reis**

**Secretário de Estado da Segurança Pública e Administração Penitenciária**



**PARANÁ**

GOVERNO DO ESTADO  
Secretaria da Segurança Pública  
e Administração Penitenciária

**ANEXO I**

**FICHA DE INFORMAÇÕES MÉDICAS**

As informações prestadas nesta ficha fazem parte integrante do Concurso Público, são de inteira responsabilidade do candidato e devem ser fornecidas com autenticidade. A Coordenadoria de Segurança 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: \_\_\_\_\_ Função: \_\_\_\_\_

Endereço/telefone: \_\_\_\_\_

**1. Antecedentes Clínicos/Cirúrgicos (Assinale com X em todos os itens e especifique abaixo)**

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



**PARANÁ**

GOVERNO DO ESTADO  
Secretaria da Segurança Pública  
e Administração Penitenciária

**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	( ) 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	

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

			ESPECIFIQUE
1. Pressão alta	( ) SIM	( ) NÃO	
2. Doenças do coração	( ) SIM	( ) NÃO	
3. Reumatismo	( ) SIM	( ) NÃO	
4. Diabetes	( ) SIM	( ) NÃO	
5. Doenças do pulmão	( ) SIM	( ) NÃO	
6. Doenças cerebrais	( ) SIM	( ) NÃO	



**PARANÁ**

GOVERNO DO ESTADO  
Secretaria da Segurança Pública  
e Administração Penitenciária

**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?**

NÃO

SIM

Especifique:

---

---

**6. Já possuí outro cargo Público além deste que está assumindo?**

NÃO

SIM

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 Coordenadoria de Segurança 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)**