



PARANÁ

GOVERNO DO ESTADO
Secretaria da Segurança Pública
e Administração Penitenciária

EDITAL Nº 009/2018

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 325/2018, da Douta Procuradoria-Geral do Estado, protocolado sob o nº 15.222.492-3, e o Decreto nº 10.059, de 13 de junho de 2018, resolve:

TORNAR PÚBLICA

1. A convocação de EDER ALVES DE OLIVEIRA, RG. 1.232.132-6/MG, MAGDA MARINA FERREIRA HOFSTAETTER, RG. 9.557.876-0/PR, SANDRA MARA NEPOMUCENO, RG. 6.343.031-5, VAGNER DE MORAES ALAMINO, RG. 7.522.826-0/PR, e WILLIAM ALVES DE LIMA, RG. 1.489.543-5/MG, nomeados pelo decreto mencionado no preâmbulo, para realizar a Avaliação Médica nos termos do Art. 25, inciso V, e parágrafo único, da Lei Complementar nº 14/82, e do item 21 do Edital nº 001/2013;
2. A Comissão do Concurso do Edital nº 001/2013, agendou o dia 04 de julho de 2018, às 09 (nove) horas, para que os nomeados compareçam à Perícia Médica na COORDENADORIA DE SEGURANÇA E SAÚDE OCUPACIONAL – CSO/SEAP. Os nomeados deverão comparecer no horário agendado. Deverão estar munidos 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.



PARANÁ

GOVERNO DO ESTADO
Secretaria da Segurança Pública
e Administração Penitenciária

DOCUMENTAÇÃO PARA PERÍCIA

4. Os nomeados deverão 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 dos nomeados no dia marcado para Avaliação Médica ou a não apresentação das vias originais de todos os resultados de exames relacionados, bem como a não entrega da Ficha de Informações Médicas devidamente preenchida e assinada, importará nas sanções previstas na Lei Complementar nº 14/82. Não será aceita qualquer alegação de desconhecimento dos procedimentos exigidos.

Curitiba, 18 de junho 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 conteúdo 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

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 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)