



**ESTADO DO PARANÁ**  
**Secretaria de Estado da Administração e da Previdência**  
**Departamento de Recursos Humanos**

**EDITAL Nº 055/2013**

A DIRETORA DO DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS DA SECRETARIA DE ESTADO DA ADMINISTRAÇÃO E DA PREVIDÊNCIA – DRH/SEAP, no uso de suas atribuições legais e tendo em vista o Edital nº 069/2005 – DRH/SEAP, bem como determinações judiciais, resolve

**TORNAR PÚBLICA**

1. A convocação *sub judice* dos candidatos relacionados no **Anexo I** deste Edital, aprovados e classificados no Concurso Público de Provas e Títulos para o provimento de vagas no cargo de Agente de Execução, na função de Técnico Administrativo, na área de Educação Básica, para realizarem a Avaliação Médica, nos termos do estabelecido no item 11 do Edital nº 069/2005.

2. A avaliação Médica compreenderá exames de Auxílio Diagnóstico e Avaliação Clínica.

**2.1 EXAMES DE AUXÍLIO DIAGNÓSTICO.**

2.1.1. Os exames de Auxílio Diagnóstico, a serem realizados às custas do candidato, estão relacionados no **Anexo II** deste Edital.

2.1.2. Candidata gestante não realizará o exame de Raio-X do Tórax. Entretanto, deverá entregar no ato da Avaliação clínica atestado de seu médico informando o tempo de gestação em que se encontra.

**2.2. AVALIAÇÃO CLÍNICA**

2.2.1. Após a realização dos Exames de Auxílio Diagnóstico e de posse dos resultados, os candidatos relacionados no **Anexo I** deste Edital, deverão comparecer nas respectivas Juntas de Inspeção e Perícia Médica, conforme local, endereço, data e horário estipulados no **Anexo III** deste Edital, para realizarem a Avaliação Clínica, parte complementar da Avaliação Médica, com o preenchimento da ficha de informações Médicas e demais informações sobre a referida avaliação.

2.2.2. A Ficha de Informações Médicas, constante do **Anexo IV** deste Edital, deverá ser impressa pelo candidato e devidamente preenchida com as informações solicitadas.

2.2.3. A Avaliação Clínica somente será realizada no município, data, local, horário e endereço estipulados no **Anexo III** do presente Edital.



**ESTADO DO PARANÁ**  
**Secretaria de Estado da Administração e da Previdência**  
**Departamento de Recursos Humanos**

2.2.4. Na data estipulada para a realização da Avaliação Clínica os candidatos deverão apresentar as vias originais do resultado dos exames de auxílio diagnóstico, cuja data de expedição destes exames não poderá exceder a 30(trinta) dias, de acordo com o estabelecido no **Anexo II** deste Edital.

2.2.5. Os candidatos deverão registrar a presença no local de realização da Avaliação Clínica, bem com assinar lista de entrega de todos os resultados dos exames de auxílio diagnóstico solicitados, bem como da entrega da Ficha de Informações Médicas devidamente preenchida e assinada.

2.2.6. Os candidatos que não realizarem os exames de Auxílio Diagnóstico não serão submetidos à Avaliação Clínica, uma vez que as fases possuem caráter eliminatório.

3. O não comparecimento no dia marcado para a Avaliação Clínica ou a não apresentação e entrega das vias originais de todos os resultados dos exames de auxílio diagnóstico, exigidos para o desempenho do cargo/função ao qual está concorrendo, relacionados no **Anexo II** deste Edital, importará na sua eliminação do Concurso.

4. Os candidatos deverão observar o disposto neste Edital bem como as orientações quanto a Avaliação Clínica estipulada no item 2, não cabendo alegação de desconhecimento dos procedimentos exigidos para a Avaliação.

5. Considerando que a presente etapa é de caráter eliminatório, não haverá segunda chamada para nenhuma prova, fase ou etapa do Concurso, inclusive por moléstia, acidente ou outro fato, importando a ausência dos candidatos na sua eliminação automática do Concurso.

6. Será considerado apto pela Divisão de Saúde e Medicina Ocupacional – **DIMS/SEAP** o candidato que não apresentar quaisquer alterações patológicas que o contra indiquem ao desempenho do cargo/função que está concorrendo.

7. A Avaliação Médica terá caráter eliminatório, sendo os candidatos considerados aptos ou inaptos.

8. Os casos omissos serão resolvidos pelo Departamento de Recursos Humanos da Secretaria de Estado da Administração e Previdência – DRH/SEAP.

Departamento de Recursos Humanos, em 22 de maio de 2013.

Sandra Regina Sellucio Marques,  
Diretora do Departamento de Recursos Humanos



**ESTADO DO PARANÁ**  
**Secretaria de Estado da Administração e da Previdência**  
**Departamento de Recursos Humanos**

**ANEXO I DO EDITAL Nº 055/2013**

**CANDIDATOS CONVOCADOS SUB JUDICE**

**MUNICÍPIO: CURITIBA**

**CARGO/FUNÇÃO: AGENTE DE EXECUÇÃO – TÉCNICO ADMINISTRATIVO – EDUCAÇÃO BÁSICA**

<b>NOME</b>	<b>RG</b>	<b>UF</b>	<b>INSC.</b>	<b>AUTOS</b>
<b>GENESIO JANDIR FREIBERGER</b>	<b>58616486</b>	<b>PR</b>	<b>36358-8</b>	<b>AD – 17.077/2010</b>

**MUNICÍPIO: TELÊMACO BORBA**

**CARGO/FUNÇÃO: AGENTE DE EXECUÇÃO – TÉCNICO ADMINISTRATIVO – EDUCAÇÃO BÁSICA**

<b>NOME</b>	<b>RG</b>	<b>UF</b>	<b>INSC.</b>	<b>AUTOS</b>
<b>LUCIANA PEDROSO</b>	<b>79830364</b>	<b>PR</b>	<b>71015-6</b>	<b>AI - 777761-1</b>



**ESTADO DO PARANÁ**  
**Secretaria de Estado da Administração e da Previdência**  
**Departamento de Recursos Humanos**

**ANEXO II DO EDITAL Nº 055/2013**

**RELAÇÃO EXAMES DE AUXÍLIO DIAGNÓSTICO  
A SEREM REALIZADOS ÀS CUSTAS DO CANDIDATO**

**FUNÇÃO: TÉCNICO ADMINISTRATIVO**

**A) HEMOGRAMA COMPLETO (LABORATORIAL)**

**B) GLICOSE OU GLICEMIA (LABORATORIAL)**

**C) RAIOS X DO TÓRAX - PA**



**ESTADO DO PARANÁ**  
**Secretaria de Estado da Administração e da Previdência**  
**Departamento de Recursos Humanos**

**ANEXO III DO EDITAL N° 055/2013**

**DATA PARA REALIZAÇÃO DA AVALIAÇÃO CLÍNICA: 11 DE JUNHO DE 2013**

<b>LOCAL DA VAGA</b>	<b>CIDADE DE AVALIAÇÃO CLÍNICA</b>	<b>LOCAL – HORÁRIO – ENDEREÇO – TELEFONE PARA AVALIAÇÃO CLÍNICA</b>
<b>CURITIBA</b>	<b>CURITIBA</b>	<p><b>AVALIAÇÃO CLÍNICA</b></p> <p>Local: DIVISÃO DE MEDICINA E SAÚDE OCUPACIONAL – DIMS <b>Horário: 14 horas</b> Endereço: Rua Inácio Lustosa, 700 – 1º andar Telefone: (41) 3883-6314 Curitiba – Paraná</p>
<b>TELÊMACO BORBA</b>	<b>PONTA GROSSA</b>	<p><b>AVALIAÇÃO CLÍNICA</b></p> <p>Local: JUNTA DE INSPEÇÃO E PERÍCIA MÉDICA <b>Horário: 10 horas</b> Endereço: Rua Tenente Hinson Silva, 333 - Centro Telefone: (42) 3223-0925 Ponta Grossa – Paraná</p>



**ESTADO DO PARANÁ**  
**Secretaria de Estado da Administração e da Previdência**  
**Departamento de Recursos Humanos**

**ANEXO IV DO EDITAL N° 055/2013**

**FICHA DE INFORMAÇÕES MÉDICAS**

**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	( ) 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			



**ESTADO DO PARANÁ**  
**Secretaria de Estado da Administração e da Previdência**  
**Departamento de Recursos Humanos**

**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	



**ESTADO DO PARANÁ**  
**Secretaria de Estado da Administração e da Previdência**  
**Departamento de Recursos Humanos**

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 possuí 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)