



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

EDITAL Nº 139/2014

A DIRETORA DO DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS DA SECRETARIA DE ESTADO DA ADMINISTRAÇÃO E DA PREVIDÊNCIA – DRH/SEAP, em exercício, 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* (0010048-09.2010.8.16.0014) da candidata ADRIANA APARECIDA DE OLIVEIRA, RG 82404961-PR, inscrição 60.263-9, aprovada e classificada 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 Trânsito, no município de Londrina, para realizar 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. A relação dos exames de Auxílio Diagnóstico, a serem realizados às custas do(a) candidato(a), relacionados abaixo:

- . Hemograma Completo (Laboratorial)
- . Glicose ou Glicemia (Laboratorial)
- . RX do Tórax

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, a candidata deverá comparecer na respectiva Junta de Inspeção e Perícia Médica, conforme local, endereço, data e horário estipulados abaixo, para realizar a Avaliação Clínica, parte complementar da Avaliação Médica, com o preenchimento da ficha de informações Médicas e demais informações sobre a referida avaliação.

dia 14 de julho de 2014, às 14 horas

Junta de Inspeção e Perícia Médica - JIPM/SEAP

Endereço: Rua Santa Catarina, 50 Edifício Oscar Fugantti - Sala 01, Centro

Londrina - Pr.

Telefone: (43) 3322-1456



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

2.2.2. A Ficha de Informações Médicas, constante do **Anexo Único** deste Edital, deverá ser impressa pela candidata 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 item 2.2.1. do presente Edital.

2.2.4. Na data estipulada para a realização da Avaliação Clínica a candidata deverá 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 item 2.1.1. deste Edital.

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

2.2.6. O(a) candidato(a) que não realizar os exames de Auxílio Diagnóstico não será submetido 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 item 2.1.1. deste Edital, importará na sua eliminação do Concurso.

4. O(a) candidato(a) deverá 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(a) apto(a) pela Divisão de Saúde e Medicina Ocupacional – **DIMS/SEAP** o(a) candidato(a) que não apresentar quaisquer alterações patológicas que o(a) contra indiquem ao desempenho do cargo/função que está concorrendo.

7. A Avaliação Médica terá caráter eliminatório, sendo o(a) candidato(a) considerado(a) apto(a) ou inapto(a).

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

Curitiba, 26 de junho de 2014.

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 ÚNICO DO EDITAL Nº 139/2014

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



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

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

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



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

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