

**XV CONCURSO PÚBLICO PARA PROVIMENTO DE CARGOS DE PROCURADOR DO
ESTADO DO PARANÁ**

**EDITAL Nº 03/2019 – Concurso Público – PGE/PR
Convocação para apresentação de exames e laudos médicos**

A **PROCURADORIA-GERAL DO ESTADO DO PARANÁ** e a **COMISSÃO ORGANIZADORA DO XV CONCURSO PÚBLICO DA PGE-PR**, no uso de suas atribuições regimentais,

TORNAM PÚBLICA

I - a **DESISTÊNCIA** do candidato RAFAEL LUNARDELI GREGÓRIO, RG nº 46.884.687-6, CPF sob nº 396.006.478-01, classificado na 87ª posição da lista geral de aprovados deste Concurso Público, manifestada no protocolo nº 15.727.813-4.

II - a **CONVOCAÇÃO** dos candidatos aprovados no concurso e relacionados no **Anexo I** para apresentação dos seguintes exames e laudos médicos:

1. Os convocados deverão realizar, às suas próprias expensas, os seguintes exames e laudos médicos:

a) Exames laboratoriais:

- hemograma;
- glicose em jejum;
- creatinina;

b) Avaliações clínicas especializadas:

- parecer do oftalmologista com acuidade visual;
- parecer do otorrinolaringologista com audiometria;
- parecer do cardiologista com eletrocardiograma;
- parecer psiquiátrico;
- parecer do Médico do Trabalho com emissão de Atestado de Saúde Ocupacional -

ASO.

2. Os convocados deverão preencher a **Ficha de Informações Médicas** constante do **Anexo II** deste Edital.

3. Devem os candidatos convocados observar os seguintes procedimentos:

a) O candidato deverá apresentar a Ficha de Informações Médicas, bem como os **exames e laudos médicos** acima indicados até dia 05 de julho de 2019, impreterivelmente, pelos seguintes meios:

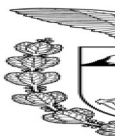
I - pessoalmente ou por procurador na sede da PGE, situada na Rua Paula Gomes, 145, CEP 80510-070, Curitiba - PR, nos horários de 08:30 às 12:00 e das 13:30 às 18:00 horas; ou

II - por Sedex, aos cuidados da Comissão Organizadora do XV Concurso da PGE, para o seguinte endereço: Rua Paula Gomes, 145, 14º Andar, CEP 80510-070, Curitiba - PR.

b) A tempestividade da apresentação dos documentos será aferida pela data de postagem devidamente identificada no Sedex. Ressalta-se, no entanto, que a opção por esse meio de apresentação e as consequências de eventual extravio da documentação, conferência quanto à integralidade da documentação ou mau funcionamento do serviço dos correios é de responsabilidade exclusiva do candidato.

c) Os documentos deverão ser apresentados em sua versão original ou mediante cópia devidamente autenticada.

d) A não apresentação da documentação no prazo assinalado acarretará a eliminação do candidato.

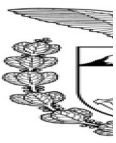


LETÍCIA FERREIRA DA SILVA
Procuradora-Geral do Estado do Paraná

GUILHERME SOARES
Presidente da Comissão Organizadora

ANEXO I

Classificação	Inscrição	Nome do candidato	CPF	Concorrência	Data de nascimento
087	309774	Desistência - protocolo 15.727.813-4			
088	307202	THIAGO CARDOSO BEZERRA	017.366.663-98	AMPLA CONCORRÊNCIA	21/03/1989
089	307616	ANTONIO PEDRO DE LIMA PELLEGRINO	124.172.447-48	AMPLA CONCORRÊNCIA	27/05/1987
090	305939	DANIEL LEITE RIBEIRO	013.212.215-41	AMPLA CONCORRÊNCIA	14/03/1985
091	306323	Desistiu Edital 01/2019			
092	312906	FELIPE BELTRAO FALLOT	075.851.714-98	AMPLA CONCORRÊNCIA	30/06/1987
093	308489	ISABELA TEIXEIRA BESSA DA ROCHA	034.325.207-43	AMPLA CONCORRÊNCIA	29/06/1972
094	313882	HUGO DUTRA FONSECA	105.501.916-23	AMPLA CONCORRÊNCIA	02/06/1992
095	312684	HELLEN GONÇALVES LIMA	097.698.796-14	AMPLA CONCORRÊNCIA	03/08/1988
096	308934	CAIO DINIZ FONSECA	071.391.214-60	AMPLA CONCORRÊNCIA	19/01/1988
097	307901	MARCOS ALBERTO TITÃO	041.196.959-56	AMPLA CONCORRÊNCIA	23/08/1986
098	308179	DIEGO SANTIAGO DE FREITAS	005.715.643-30	AMPLA CONCORRÊNCIA	02/03/1988



ANEXO II
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 : _____

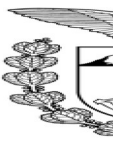
Endereço/telefone: _____

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		() 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

ATENÇÃO !!! SE QUALQUER DAS RESPOSTAS DO QUESTIONÁRIO ACIMA FOR “SIM”, ESCLAREÇA ABAIXO:

ITE M	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	

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

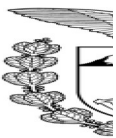
() NÃO

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)