

**Departamento de Saúde do Servidor – DSS**  
Divisão de Perícia Médica – DPM

**ANEXO IV – EDITAL 143/2023**

**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 Perícia Médica, 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:

Cargo:

Inscrição nº:

Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

Sexo: (    ) Masc.    (    ) Fem.

Estado Civil: \_\_\_\_\_

Naturalidade: \_\_\_\_\_

Endereço:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Telefones:

\_\_\_\_\_

**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	

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

ITEM	<b>ESPECIFIQUE (mencionar data do episódio, o tratamento na época e qual a situação atual)</b>

**2. Condições e Hábitos de Vida: (Assinale com X em todos os itens e especifique, se for o caso)**

			<b>ESPECIFICAR (se for o caso)</b>
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):

			ESPECIF IQUE
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 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 e da Previdência, através da Divisão de Perícia Médica, 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)

ANEXO V – EDITAL 143/2023

REQUERIMENTO DE RECOLOCAÇÃO DE CANDIDATO APROVADO NO FINAL DA  
LISTA DE CLASSIFICAÇÃO – CONCURSO PÚBLICO DA PCPR – EDITAL 02/2020

Eu, \_\_\_\_\_ (nome completo), natural de \_\_\_\_\_, (estado civil) \_\_\_\_\_, (profissão) \_\_\_\_\_, inscrito no CPF sob o nº \_\_\_\_\_, residente e domiciliado na \_\_\_\_\_, nº \_\_\_\_\_, complemento \_\_\_\_\_, bairro \_\_\_\_\_, na cidade de \_\_\_\_\_, Estado \_\_\_\_\_, número de telefone para contato \_\_\_\_\_, **DECLARO** para os devidos fins de direito e sob pena dos consectários legais, que sou candidato aprovado no presente concurso público da Polícia Civil do Paraná, para o cargo de \_\_\_\_\_, na região \_\_\_\_\_, e fui convocado pelo Edital nº 143/2023 para a Perícia Médica – Exame Pré-admissional e eventual apresentação de requerimento de recolocação de final de lista. Desta forma, em atenção aos termos do Edital nº 143/2023 e com supedâneo no subitem 20.2 do Edital 02/2020, venho requerer a minha recolocação no final de lista dos aprovados, a fim de que minha nomeação se de em momento posterior, se for o caso, e a critério da administração pública. **DECLARO**, também, que nos termos do subitem 20.4 do referido Edital n. 02/2020, estou bem ciente de que na hipótese de mais um candidato obter a recolocação na final de lista de classificação, esta se dará com observância na classificação final do candidato no Concurso Público. **DECLARO**, por fim, que nos termos do subitem 20.5 do aludido Edital 02/2020, acaso deferido a minha recolocação no final da lista de classificação, ela se dará em caráter irrevogável, passando a minha nomeação a constituir mera expectativa de direito, não podendo ser alterada ou revista. Era o que tinha a requerer, por ser a mais pura expressão de verdade, firmo o presente.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Local Data

\_\_\_\_\_  
CANDIDATO(A) REQUERENTE