



TRIBUNAL REGIONAL ELEITORAL DO PARANÁ
PORTARIA-CONJUNTA Nº 168/2023

ANEXO III

AUTODECLARAÇÃO DE SAÚDE DO PARTICIPANTE

ORIENTAÇÕES GERAIS SOBRE A ATENÇÃO À SAÚDE DO TRE-PR

- a)** O Tribunal Regional Eleitoral do Paraná disponibiliza atendimento de emergência em sua *Assessoria de Atenção à Saúde e Perícias (SAUDE)* de segunda a sexta, das 12h às 18h. Fora desse horário, o(a) universitário(a) deverá procurar atendimento na rede de saúde convencional.
- b)** A capacidade de atendimento da SAUDE não é a mesma de um hospital. Assim, caso haja necessidade, o(a) universitário(a) será encaminhado(a) ao serviço de saúde convencional. Se possuir convênio médico que atenda fora do domicílio, será encaminhado(a) à rede conveniada. Caso não possua, será encaminhado(a) à rede pública de saúde.
- c)** Se não possuir convênio médico ou se o convênio não possuir abrangência nacional, o(a) universitário(a) pode contratar um seguro de viagem que inclua assistência médica.
- d)** A aquisição de medicamentos é de responsabilidade do(a) universitário(a), por isso recomenda-se que os medicamentos de uso regular sejam trazidos pelo(a) participante.

ANTES DE PREENCHER, LEIA COM ATENÇÃO AS INFORMAÇÕES ABAIXO:

- 1.** A autodeclaração de saúde deverá ser assinada, digitalizada e enviada juntamente com seus documentos para o email eje@tre-pr.jus.br no mesmo prazo da inscrição.
- 2.** É essencial que as informações sejam completas e verdadeiras, para que, em casos de emergência, o Tribunal Regional Eleitoral do Paraná possa agir corretamente, prestando o atendimento adequado ao seu caso.



TRIBUNAL REGIONAL ELEITORAL DO PARANÁ
PORTARIA-CONJUNTA Nº 168/2023

3. As informações de saúde serão mantidas em sigilo e somente serão acessadas pelos médicos da Assessoria de Atenção à Saúde e Perícias do TRE-PR e membros da organização do programa em caso de necessidade.

AUTODECLARAÇÃO

Eu, _____
_____, CPF _____, declaro
que estou ciente das orientações gerais sobre a **Atenção à Saúde do TRE-PR**
e que estou em boas condições de saúde para participar das atividades do
Programa Estágio Visita de Curta Duração, no período de 22 a 26 de maio de
2023.

**Possui alguma restrição médica? (Alergias, restrições a medicamentos
e/ou outras)**

- Sim
- Não

Especifique:

Possui alguma deficiência ou necessidade de atendimento diferenciado?

- Sim
- Não

Especifique: _____

**Caso possua plano de saúde, indique o nome do plano e o número da
matrícula:**



TRIBUNAL REGIONAL ELEITORAL DO PARANÁ
PORTARIA-CONJUNTA Nº 168/2023

Plano: _____

Matrícula: _____

Indique uma pessoa para contato em caso de emergência:

Nome: _____

Telefone(s) Celular(es) com DDD: _____

Declaro serem verdadeiras as informações prestadas.

Local e data.

Assinatura