

22. Haley Jr EC, Lyden PD, Johnston KC, Hemmen TM. A pilot dose-escalation safety study of tenecteplase in acute ischemic stroke. *Stroke*. 2005;36(3):607-12.

23. Nachtmann A, Siebler M, Rose G, Sitzer M, Steinmetz H. Cheyne-Stokes respiration in ischemic stroke. *Neurology*. 1995;45(4):820-1.

24. Walters BB, Ojemann RG, Heros RC. Emergency carotid endarterectomy. *J Neurosurg*. 1987;66(6):817-23.

25. Thrombolytic therapy with streptokinase in acute ischemic stroke. The Multicenter Acute Stroke Trial--Europe Study Group. *N Engl J Med*. 1996;335(3):145-50.

26. Donnan GA, Hommel M, Davis SM, McNeil JJ. Streptokinase in acute ischaemic stroke. Steering Committees of the ASK and MAST-E trials. *Australian Streptokinase Trial*. *Lancet*. 1995;346(8966):56.

27. Hommel M, Boissel JP, Cornu C, Boultite F, Lees KR, Besson G, et al. Termination of trial of streptokinase in severe acute ischaemic stroke. *MAST Study Group*. *Lancet*. 1995;345(8941):57.

28. Randomised controlled trial of streptokinase, aspirin, and combination of both in treatment of acute ischaemic stroke. Multicentre Acute Stroke Trial--Italy (MAST-I) Group. *Lancet*. 1995;346(8989):1509-14.

29. Qureshi AI. Endovascular treatment of cerebrovascular diseases and intracranial neoplasms. *Lancet*. 2004;363(9411):804-13.

30. Furlan A, Higashida R, Wechsler L, Gent M, Rowley H, Kase C, et al. Intra-arterial prourokinase for acute ischemic stroke. The PROACT II study: a randomized controlled trial. *Prolyse in Acute Cerebral Thromboembolism*. *JAMA*. 1999;282(21):2003-11.

31. Chalela JA, Katzan I, Liebeskind DS, Rasmussen P, Zaidat O, Suarez JI, et al. Safety of intra-arterial thrombolysis in the postoperative period. *Stroke*. 2001;32(6):1365-9.

32. Choi JH, Bateman BT, Mangla S, Marshall RS, Prabhakaran S, Chong J, et al. Endovascular recanalization therapy in acute ischemic stroke. *Stroke*. 2006;37(2):419-24.

33. Adams Jr HP, Adams RJ, Brott T, del Zoppo GJ, Furlan A, Goldstein LB, et al. Guidelines for the early management of patients with ischemic stroke: A scientific statement from the Stroke Council of the American Stroke Association. *Stroke*. 2003;34(4):1056-83.

34. Macleod MR, Davis SM, Mitchell PJ, Gerraty RP, Fitt G, Hankey GJ, et al. Results of a multicentre, randomised controlled trial of intra-arterial urokinase in the treatment of acute posterior circulation ischaemic stroke. *Cerebrovasc Dis*. 2005;20(1):12-7.

35. Smith WS, Sung G, Starkman S, Saver JL, Kidwell CS, Gobin YP, et al. Safety and efficacy of mechanical embolectomy in acute ischemic stroke: results of the MERCI trial. *Stroke*. 2005;36(7):1432-8.

36. Steiner T, Bluhmki E, Kaste M, Toni D, Trouillas P, von Kummer R, et al. The ECASS3-hourcohort.SecondaryanalysisofECASS-databytimestratification.

37. GubitzG,SandercockP,CounsellC.Anticoagulantsforacuteischaemicstroke.

38. ECASS Study Group. European Cooperative Acute Stroke Study. *Cerebrovasc Dis*. 1998;8(4):198-203.

39. Albers GW, Bates VE, Clark WM, Bell R, Verro P, Hamilton SA. Intravenous tissue-type plasminogen activator for treatment of acute stroke: the Standard Treatment with Alteplase to Reverse Stroke (STARS) study. *JAMA*. 2000;283(9):1145-50. *Cochrane Database Syst Rev*. 2004(3):CD000024.

40. Sandercock P, Gubitz G, Foley P, Counsell C. Antiplatelet therapy for acute ischaemic stroke. *Cochrane Database Syst Rev*. 2003(2):CD000029.

41. Collaborative meta-analysis of randomised trials of antiplatelet therapy for prevention of death, myocardial infarction, and stroke in high risk patients. *BMJ*. 2002;324(7329):71-86.

Referências 2

1. World Health Organization. *World Health Statistics 2008*:31-36.

2. Pontes-Neto OM, Silva GS, Feitosa MR, et al. Stroke awareness in Brazil: alarming results in a community-based study. *Stroke*. 2008;39:292-296.

3. Lotufo PA, Goulart AC, Bensenor IM. Race, gender and stroke subtypes mortality in Sao Paulo, Brazil. *Arq Neuropsiquiatr*. 2007;65:752-757.

4. Mansur AP, de Souza MF, Timerman A, Avakian SD, Aldrighi JM, Ra- mires JA. Trends in the risk of death from cardiovascular, cerebrovascu- lar and ischemic diseases in thirteen States of Brazil from 1980 to 1998. *Arq Bras Cardiol*. 2006;87:641-648.

5. Dennis MS, Burn JP, Sandercock PA, Bamford JM, Wade DT, Warlow CP. Long-term survival after first-ever stroke: the Oxfordshire Community Stroke Project. *Stroke*. 1993;24:796-800.

6. Flaherty ML, Haverbusch M, Sekar P, et al. Long-term mortality after intracerebral hemorrhage. *Neurology*. 2006;66:1182-1186.

7. Broderick JP, Brott T, Tomsick T, Huster G, Miller R. The risk of suba- rachnoid and intracerebral hemorrhages in blacks as compared with whites. *N Engl J Med*. 1992;326:733-736.

8. Gebel JM, Broderick JP. Intracerebral hemorrhage. *Neurol Clin*. 2000;18:419-438.

9. Sacco RL, Boden-Albala B, Gan R, et al. Stroke incidence among white, black, and Hispanic residents of an urban community: the Northern Manhattan Stroke Study. *Am J Epidemiol*. 1998;147:259-268.

10. Kagan A, Harris BR, Winkelstein W, Jr., et al. Epidemiologic studies of coronary heart disease and stroke in Japanese men living in Japan, Ha- waii and California: demographic, physical, dietary and biochemical characteristics. *J Chronic Dis*. 1974;27:345-364.

11. Qureshi AI, Tahirim S, Broderick JP, Batjer HH, Hondo H, Hanley DF. Spontaneous intracerebral hemorrhage. *N Engl J Med*. 2001;344:1450-1460.

12. Cabral N, Goncalves A, Longo A, et al. Incidence of stroke subtypes, prognosis and prevalence of risk factors in Joinville, Brazil: a two-year, community- based study. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 2009; In press.

13. Minelli C, Fen LF, Minelli DP. Stroke incidence, prognosis, 30-day, and 1-year case fatality rates in Matao, Brazil: a population-based prospective study. *Stroke*. 2007;38:2906-2911.

14. Cabral NL, Longo AL, Moro CH, Amaral CH, Kiss HC. [Epidemiology of cerebrovascular disease in Joinville, Brazil. An institutional study]. *Arq Neuropsiquiatr*. 1997;55:357-363.

15. Lav MR, Morris JK, Wald NJ. Use of blood pressure lowering drugs in the prevention of cardiovascular disease: meta-analysis of 147 rando- mised trials in the context of expectations from prospective epidemio- logical studies. *BMJ*. 2009;338:665.

16. Jellinger KA. Alzheimer disease and cerebrovascular pathology: an update. *J Neural Transm*. 2002;109:813-836.

17. Abbott RD, Yin Y, Reed DM, Yano K. Risk of stroke in male cigarette smokers. *N Engl J Med*. 1986;315:717-720.

18. Kurth T, Kase CS, Berger K, Gaziano JM, Cook NR, Buring JE. Smoking and risk of hemorrhagic stroke in women. *Stroke*. 2003;34:2792-2795.

19. Calandre L, Arnal C, Ortega JF, et al. Risk factors for spontaneous ce- rebral hematomas. Case-control study. *Stroke*. 1986;17:1126-1128.

20. Arq Neuropsiquiatr. 2009;67(3-B)

21. Klatsky AL, Armstrong MA, Friedman GD. Alcohol use and subsequent cerebrovascular disease hospitalizations. *Stroke*. 1989;20:741-746. 21. Gorelick PB. The status of alcohol as a risk factor for stroke. *Stroke*.

22. 1989;20:1607-1610. 22. Camargo CA, Jr. Moderate alcohol consumption and stroke. The epi-

23. demologic evidence. *Stroke*. 1989;20:1611-1626. 23. Monforte R, Estruch R, Graus F, Nicolas JM, Urbano-Marquez A. High

24. ethanol consumption as risk factor for intracerebral hemorrhage in

25. young and middle-aged people. *Stroke*. 1990;21:1529-1532. 24. Gill JS, Shipley MJ, Tsemntzis SA, et al. Alcohol consumption-

-a risk factor for hemorrhagic and non-hemorrhagic stroke. *Am J Med*

26. 1991;90:489-497. 25. Juvela S, Hillbom M, Palomaki H. Risk factors for spontaneous intra-

27. cerebral hemorrhage. *Stroke*. 1995;26:1558-1564. 26. Hillbom M, Haapaniemi H, Juvela S, Palomaki H, Numminen H, Kas-

28. te M. Recent alcohol consumption, cigarette smoking, and cerebral in-

29. farction in young adults. *Stroke*. 1995;26:40-45. 27. Rosand J, Hylek EM, O'Donnell HC, Greenberg SM. Warfarin-associa-

30. ted hemorrhage and cerebral amyloid angiopathy: a genetic and patho-

31. logic study. *Neurology*. 2000;55:947-951. 28. Hart RG, Boop BS, Anderson DC. Oral anticoagulants and intracranial

32. hemorrhage. Facts and hypotheses. *Stroke*. 1995;26:1471-1477. 29. Toyoda K, Okada Y, Minematsu K, et al. Antiplatelet

therapy contri- butes to acute deterioration of intracerebral hemorrhage. *Neurology*

33. 2005;65:1000-1004. 30. The GUSTO Angiographic Investigators. The effects of tissue plasmino-

34. gen activator, streptokinase, or both on coronary-artery patency, ventri- cular function, and survival after acute myocardial

35. infarction. *N Engl J Med*. 1993;329:1615-1622.

36. Lake CR, Gallant S, Masson E, Miller P. Adverse drug effects attribui- ted to phenylpropanolamine: a review of 142 case reports. *Am J Med*. 1990;89:195-208.

37. Kase CS, Foster TE, Reed JE, Spatz EL, Girsig GN. Intracerebral hemor- rhage and phenylpropanolamine use. *Neurology*. 1987;37:399-404. 33. Kernan WN, Viscoli CM, Brass LM, et al. Phenylpropanolamine and

34. the risk of hemorrhagic stroke. *N Engl J Med*. 2000;343:1826-1832. 34. Catto AJ, Kohler HP, Bannan S, Stickland M, Carter A, Grant PJ. Factor XIII Val 34 Leu: a novel association with primary intracerebral hemor-

35. rhage. *Stroke*. 1998;29:813-816. 35. Goldstein LB, Amareno P, Szarek M, et al. Hemorrhagic stroke in the

36. stroke prevention by aggressive reduction in cholesterol levels study.

40. *Neurology*. 2008;70:2364-2370. 36. Greenberg SM, Briggs ME, Hyman BT, et al. Apolipoprotein E epsilon

41. 4 is associated with the presence and earlier onset of hemorrhage in ce-

42. rebral amyloid angiopathy. *Stroke*. 1996;27:1333-1337. 37. Caplan LR. Acute stroke: seeing the full picture. *Hosp Pract (Minneap)*

43. 2000;35:65-71. 38. Pongvarin N, Viriyavejakul A, Komontri C. Siriraj stroke score and va-

44. lidation study to distinguish supratentorial intracerebral haemorrhage

45. from infarction. *BMJ*. 1991;302:1565-1567. 39. Weir CJ, Murray GD, Adams FG, Muir KW, Grosset DG, Lees KR. Poor

46. accuracy of stroke scoring systems for differential clinical diagnosis of

47. intracranial haemorrhage and infarction. *Lancet*. 1994;344:999-1002. 40. Massaro AR, Sacco RL, Mohr JP, et al. Clinical discrimi-

48. nators of lo- bar and deep hemorrhages: the Stroke Data Bank. *Neurology*. 1991;41:

49. 1881-1885. 41. Brott T, Adams HP Jr., Olinger CP, et al. . Measurements of acute cere-

50. bral infarction: a clinical examination scale. *Stroke*. 1989;20:864-870. 42. Lyden PD, Lau GT. A critical appraisal of stroke

51. evaluation and rating

52. scales. *Stroke*. 1991;22:1345-1352. 43. Goldstein LB, Bertels C, Davis JN. Interrater reliability of the NIH stroke

53. scale. *Arch Neurol*. 1989;46:660-662. 44. Goldstein LB, Chilikuri V. Retrospective assessment of initial stroke se-

54. verity with the Canadian Neurological Scale. *Stroke*. 1997;28:1181-1184. 45. Smith EE, Rosand J, Greenberg SM. Hemorrhagic

stroke. *Neuroima-*

55. 3. *ging Clin N Am*. 2005;15:259-272. 46. Broderick JP, Brott TG, Tomsick T, Barsan W, Spilker J. Ultra-early eva-

56. luation of intracerebral hemorrhage. *J Neurosurg*. 1990;72:195-199.

Referências 3

1. Brisman JL, Song JK, Newell DW. Cerebral aneurysms. *N Engl J Med*. 2006;335:928-39.

2. Connors JJ III, Wojak JC. Intracranial aneurysms: general considerations. In Connors III JJ, Wojak JC ,editors. *Interventional Neuroradiology: Strategies and practical techniques*. Philadelphia, Pa: Saunders, 1998. Chapter 24, p. 276-94.

3. Prestigiacomio CJ. Historical perspectives: the microsurgical and endovascular treatment of aneurysms. *Neurosurgery*. 2006;59(Suppl3):S39-47.

4. Prestigiacomio CJ. Surgical endovascular neuroradiology in the 21st century: what lies ahead? *Neurosurgery*. 2006;59:S3-55.

5. Guglielmi G, Vinuela F, Duckwiler G. Electrothrombosis of saccular aneurysms via endovascular approach. Part 2: Preliminary clinical experience. *J Neurosurg*. 1991;75:8-14.

6. Guglielmi G, Vinuela F, Sepetka I, Macellari V. Electrothrombosis of saccular aneurysms via endovascular approach. Part 1: electrochemical basis, technique and experimental results. *J Neurosurg*. 1991;75:1-7.

ANEXO III – MODELO DA DECLARAÇÃO DA CONDIÇÃO DE DESEMPREGADO

Declaração da Condição de Desempregado
Nome: _____
R.G.: _____
Última atividade (cargo): _____
Local de execução (endereço): _____
Tempo de exercício: _____
Data de desligamento: ____/____/____
Data: ____/____/____
Assinatura: _____

SEGURANÇA PÚBLICA

POLÍCIA CIVIL DO ESTADO

DELEGACIA GERAL DE POLÍCIA DR. MAURÍCIO GUIMARÃES PEREIRA

Academia de Polícia Dr. Coriolano Nogueira Cobra

ACADEMIA DE POLÍCIA

“DR. CORIOLANO NOGUEIRA COBRA”

Secretaria de Concursos Públicos

Concurso Público de Provas e Títulos para o provimento de cargos iniciais vagos na Carreira de Escrivão de Polícia – EP

1/2012

EDITAL DE RERRATIFICAÇÃO

PROCESSO nº S-346331/2012. A Academia de Polícia “Dr. Coriolano Nogueira Cobra”, pela Comissão do Certame, RER-RATIFICA o Edital de Abertura de Inscrições publicado no Diário Oficial do Estado de São Paulo, Poder Executivo, Seção I, página 142, em 09 de novembro de 2012;

A fim de declarar o que segue:

I – Das vagas

1. O Concurso Público visa o provimento, inicialmente, de 244 cargos vagos de Escrivão de Polícia, para o Estado de São Paulo, com reserva de 5% (cinco por cento) para os Portadores de Necessidades Especiais, desde que a deficiência seja compatível com as atribuições do cargo, observados os termos das Leis Complementares nºs 683/92 e 932/02; do Decreto Federal nº 3.298/99, com as modificações do Decreto Federal nº 5.296/04 e da Súmula 377, do Superior Tribunal de Justiça. As vagas que não forem providas por falta de candidatos portadores de deficiência, ou por reprovação no concurso ou na perícia médica, serão preenchidas pelos demais candidatos, com estrita observância à ordem classificatória.

II – Inclusão do Capítulo relativo aos Portadores de Necessidades Especiais

1. As pessoas com deficiência, que pretendam fazer uso das prerrogativas que lhes são facultadas pelo artigo 37, inciso VIII, da Constituição Federal e pelas Leis Complementares n.ºs. 683/92 e 932/02, é assegurado o direito de inscrição. Em momento a ser estabelecido em edital específico, haverá verificação de compatibilidade entre a deficiência apresentada e as atribuições do cargo.

1.1. Para concorrer com pessoa com deficiência, a limitação deverá ser enquadrada nos parâmetros definidos no artigo 4º e incisos do Decreto Federal nº 3.298/99, com as modificações do Decreto Federal nº 5.296/04 e na Súmula 377, do Superior Tribunal de Justiça.

2. O candidato com deficiência inscrito deverá comunicar a deficiência, especificando-a na ficha de inscrição e, no período das inscrições, encaminhará via Sedex ou Aviso de Recebimento (AR), ou entregará pessoalmente na Fundação VUNESP, Rua Germaine Burchard, 515, São Paulo - São Paulo, CEP 05002-062, relatório médico atestando a espécie, o grau ou nível da deficiência, com expressa referência ao código correspondente na Classificação Internacional de Doenças-CID, bem como a causa da deficiência.

2.1. Se houver necessidade, a pessoa com deficiência deverá apresentar requerimento com os documentos mencionados no item “2”, solicitando a adaptação da sua prova, na Fundação VUNESP.

3. As pessoas com deficiência participarão do concurso em igualdade de condições com os demais candidatos, no que se refere ao conteúdo das provas, à avaliação, aos critérios de aprovação, local de aplicação e ao horário de início das provas.

4. Será elaborada lista especial, sendo os candidatos enumerados em ordem de classificação e em ordem alfabética.

4.1. Os candidatos com deficiência também constarão da lista geral, observando-se o constante do item “5” do Capítulo VII.

5. O candidato com deficiência que não realizar a inscrição, conforme as instruções constantes deste Capítulo, não poderá invocar sua situação para quaisquer benefícios, não sendo cabível recurso sobre o tema.

III – Alteração das fases do Concurso

1. - O concurso será realizado em 6 (seis) fases consecutivas, a saber:

1.1. - Prova Preambular, de caráter eliminatório e classificatório, que será constituída de questões objetivas, consistentes em testes de múltipla escolha, abrangendo as disciplinas objeto do programa definido no Anexo III;

1.2. - Prova Escrita, de caráter eliminatório e classificatório, que será constituída de 5 (cinco) questões objetivas (discursivas) versando sobre Língua Portuguesa e Noções de Direito;

1.3. - Prova de Aptidão Psicológica, de caráter unicamente eliminatório;

1.4. - Prova de Aptidão Física, de caráter unicamente eliminatório;

1.5. - Comprovação de Idoneidade e Conduta Escorreita, mediante investigação social, de caráter unicamente eliminatório, conforme Lei Complementar nº 1.151/11, a ser realizada pela Corregedoria Geral da Polícia Civil;

1.6. - Prova de Títulos, de caráter unicamente classificatório.

2. - Os candidatos deverão considerar, em todas as fases, a existência de questões interdisciplinares.

3. - Serão convocados para a Prova Escrita os candidatos habilitados na Prova Preambular que obtiverem as maiores notas, em número de 4 (quatro) vezes o de vagas postas em disputa, incluindo-se aqueles eventualmente empatados no limite estabelecido e os enquadrados nas Leis Complementares nºs 683/92 e 932/02.

IV – Inclusão do Capítulo referente à Prova Escrita

1. A prova escrita será constituída de 5 (cinco) questões objetivas (discursivas), com atribuição de 0 a 100 pontos.

1.1. Cada questão terá seu valor máximo de 20 (vinte) pontos.

2. A prova escrita tem por objetivo avaliar conhecimentos da norma culta, o desenvolvimento do tema na estrutura proposta, com raciocínio lógico e adequada articulação das ideias.

2.1. A prova escrita será realizada somente na cidade de São Paulo.

3. No dia da prova escrita será procedida a escolha por candidato que aleatoriamente se apresente, na presença dos demais que acorrerem ao local, do envelope, dentre outros 2 (dois), contendo a prova a ser aplicada, devendo o conteúdo dos demais ser tornado público, passando a integrar o processo do concurso.

4. A prova escrita terá a duração de 2 (duas) horas, devendo o candidato permanecer no local de sua aplicação nos primeiros 45 (quarenta e cinco) minutos, sob pena de desligamento do concurso.

5. Não será admitida nenhuma espécie de consulta nem o uso de equipamento eletrônico, sob pena de desligamento do concurso.

6. As respostas ficarão adstritas aos espaços determinados na folha de respostas, que não será substituída ou suplementada.

7. As provas serão, logo após o seu encerramento, desidentificadas em ato público e o material entregue aos membros da comissão para correção.

8. Feita a correção, será realizada sessão pública de identificação das provas, com sequencial publicação do resultado.

9. No prazo de 3(três) dias úteis, contados a partir do primeiro dia útil imediato à data da publicação da relação dos aprovados no Diário Oficial do Estado, os candidatos poderão requerer vista da prova e pedir reconsideração ao Presidente da Comissão, protocolizando na Secretaria de Concursos Públicos requerimento devidamente motivado, com a exposição das razões de fato e de direito do pedido.

10. Serão convocados para a Prova de Aptidão Psicológica os candidatos aprovados na Prova Escrita na proporção de 3 vezes o número de vagas, mais os empatados na última classificação.

11. O edital de convocação para a realização da prova escrita trará, além das informações relativas ao dia, horário e local de aplicação do exame, outras determinações próprias à etapa.

V. Inserir no capítulo da Prova de Aptidão Física

1. Para os candidatos inscritos com base nas Leis Complementares 683/92 e 932/02, a aplicação da Prova de Aptidão Física será adequada à respectiva necessidade especial.

2. Na hipótese de a deficiência impossibilitar a realização de qualquer um dos testes previstos no Anexo V deste Edital, o candidato será eliminado e, conseqüentemente, excluído do concurso.

VI. Inserir no capítulo do Julgamento das Provas

1. Da Prova Escrita

1.1 A Prova Escrita tem por finalidade selecionar os candidatos que serão considerados habilitados para a Prova de Aptidão Psicológica de acordo com a pontuação obtida.

1.2 A Prova Escrita será avaliada na escala de 0 (zero) a 100 (cem) pontos e serão considerados aprovados os candidatos que obtiverem nota mínima de 50 pontos na prova.

VII. Inserir no capítulo dos Critérios de Desempato, da Pontuação Final e da Classificação Final

1. Em caso de igualdade da pontuação, terá preferência o candidato que, sucessivamente:

1.1. tiver idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos