



CONVOCAÇÃO DE CANDIDATOS NOMEADOS

Esta é uma convocação da Secretaria de Estado da Saúde para sua posse e entrada imediata em exercício nos cargos e funções do Concurso Público, referente ao Edital nº 73/2016.

Os candidatos foram nomeados pelo **Decreto nº 8.958 de 06/03/2018, alterado pelo Decreto nº 8.979 de 08/03/2018** para exercer as atividades profissionais nas Unidades desta Secretaria de Estado da Saúde.

Segue cronograma com datas, horários e locais para comparecimento dos candidatos nomeados pelo Decreto citado.

CANDIDATOS APROVADOS PARA O CARGO DE PROMOTOR DE SAÚDE EXECUÇÃO NAS FUNÇÕES DE: **ASSISTENTE DE FARMÁCIA, TÉCNICO ADMINISTRATIVO, E TÉCNICO DE ENFERMAGEM.**

DATA: 19 de março de 2018, Segunda-feira

HORÁRIO: 08:30 horas

LOCAL: Hospital do Trabalhador

Rua: Avenida República Argentina, 4406, auditório, Bairro Novo Mundo

Referência: Terminal do Portão

Curitiba – PR

CANDIDATOS APROVADOS PARA O CARGO DE PROMOTOR DE SAÚDE PROFISSIONAL NAS FUNÇÕES DE: **ENFERMEIRO, FARMACÊUTICO, FISIOTERAPEUTA, FONOAUDIÓLOGO, MÉDICO CLÍNICA MÉDICA, MÉDICO DO TRABALHO, MÉDICO RADIOLOGIA, PSICÓLOGO E TERAPEUTA OCUPACIONAL.**

DATA: 19 de março de 2018, Segunda-feira

HORÁRIO: 13:30 horas

LOCAL: Hospital do Trabalhador



Rua: Avenida República Argentina, 4406, auditório, Bairro Novo Mundo

Referência: Terminal do Portão

Curitiba – PR

PARA A POSSE

Para a posse no cargo, o candidato deverá entregar os documentos e formulários abaixo relacionados devidamente preenchidos:

PROMOTOR DE SAÚDE PROFISSIONAL RELAÇÃO DE DOCUMENTOS PARA POSSE

DOCUMENTO – ORIGINAL E FOTOCÓPIA
Cédula de identidade
CPF
Certidão de nascimento ou casamento
Título de Eleitor com certidão negativa eleitoral dos últimos dois anos
Certificado de Reservista ou dispensa de incorporação, se candidato do sexo masculino
02 fotos 3X4
Certidão de Nascimento de filhos menores de 18 anos (CPF e RG dos filhos acima dos 08 anos)
Comprovante de Endereço Residencial atual
Agência e conta - Banco do Brasil (OBRIGATÓRIA NO ATO DA POSSE)
Declaração de Bens, Direitos e Valores – formulário em anexo.
PIS/PASEP
Diploma de Curso Superior com registro no MEC ou Certificado de Colação de Grau acompanhado de Histórico Escolar



Comprovante de Especialização - quando a função exigir
Registro Regular no Conselho da Classe
Ficha Cadastral preenchida – formulário em anexo.
Declaração de acúmulo de cargos – formulário em anexo.
Declaração de não demissão de vínculos públicos por pena disciplinar – formulário em anexo.
Certidão Negativa dos últimos 05 anos com data de expedição de até 180 dias da apresentação

**PROMOTOR DE SAÚDE EXECUÇÃO
RELAÇÃO DE DOCUMENTOS PARA POSSE –**

DOCUMENTO – ORIGINAL E FOTOCÓPIA
Cédula de identidade
CPF
Certidão de nascimento ou casamento
Título de Eleitor com certidão negativa eleitoral nos últimos 02 anos
Certificado de Reservista ou dispensa de incorporação, se candidato do sexo masculino
02 fotos 3X4
Certidão de Nascimento de filhos menores de 18 anos (CPF e RG dos filhos acima dos 08 anos)
Comprovante de Endereço Residencial atual
Agência e conta - Banco do Brasil (OBRIGATÓRIA NO ATO DA POSSE)
Declaração de Bens, Direitos e Valores – formulário em anexo.
PIS/PASEP



Certificado de escolaridade exigida no edital e Histórico Escolar
Registro Regular no Conselho Regional da Classe (somente para profissões regulamentadas)
Ficha Cadastral preenchida – formulário em anexo.
Declaração de acúmulo de cargos – formulário em anexo.
Declaração de não demissão de vínculos públicos por pena disciplinar – formulário em anexo.
Certidão Negativa Penal dos últimos 05 anos com data de expedição de até 180 dias da apresentação

A responsabilidade por comparecer nas datas, local e horários agendados para a posse com a documentação completa é exclusiva do candidato.

CONTA NO BANCO DO BRASIL: Ao abrir uma conta corrente é importante o depósito de valor mínimo de R\$1,00 para a ativação dessa conta. Abrir conta corrente sem valor pode ocorrer o bloqueio do crédito do salário, considerando que o Banco considera conta sem movimentação.

Os formulários para serem apresentados no dia da posse, constantes abaixo, devem estar preenchidos.

O Estado do Paraná, por meio da Secretaria de Estado da Saúde cumprimenta a todos os candidatos nomeados, e deseja sucesso nessa nova etapa da vida profissional.



FICHA CADASTRAL

CART.IDENTIDADE/PR	NOME DO SERVIDOR
---------------------------	-------------------------

SEXO	DATA NASC / /	EST. NASC.	NATURALIDADE	CPF	ESTADO CIVIL
-------------	-------------------------	-------------------	---------------------	------------	---------------------

TÍTULO DE ELEITOR			
Nº INSCRIÇÃO	ZONA	SEÇÃO	PIS/PASEP

DADOS BANCÁRIOS			
BANCO 001	AGÊNCIA	CONTA CORRENTE	Nº DEPENDENTES PARA FINS DE IMPOSTO DE RENDA

----- **FILIAÇÃO** -----

NOME DA MÃE	NOME DO PAI
--------------------	--------------------

----- **ENDEREÇO RESIDENCIAL DO SERVIDOR** -----

RUA/AVENIDA/ETC	NÚMERO	COMPLEMENTO
------------------------	---------------	--------------------

BAIRRO/DISTRITO	CEP
------------------------	------------

MUNICÍPIO	TELEFONE
------------------	-----------------

E-MAIL	FAX	RAMAL	CELULAR
---------------	------------	--------------	----------------

RELAÇÃO DE DEPENDENTES E CÔNJUGE DO SERVIDOR

1-NOME	SEXO	DATA NASC	REL. DEPEND.	DEP. P/IR
---------------	-------------	------------------	---------------------	------------------

2-NOME	SEXO	DATA NASC	REL. DEPEND.	DEP. P/IR
---------------	-------------	------------------	---------------------	------------------

3-NOME	SEXO	DATA NASC	REL. DEPEND.	DEP. P/IR
---------------	-------------	------------------	---------------------	------------------

4-NOME	SEXO	DATA NASC	REL. DEPEND.	DEP. P/IR
---------------	-------------	------------------	---------------------	------------------



DECLARAÇÃO 1 – ESCOLARIDADE DO SERVIDOR

ENSINO FUNDAMENTAL	ENTIDADE	SITUAÇÃO
---------------------------	-----------------	-----------------

ENSINO MÉDIO	ENTIDADE	SITUAÇÃO
CURSO TÉCNICO	ENTIDADE	SITUAÇÃO

NÍVEL SUPERIOR

NOME DA GRADUAÇÃO SUPERIOR	ANO DE CONCLUSÃO
-----------------------------------	-------------------------

ENTIDADE	Nº REGISTRO DO DIPLOMA	ESTADO
-----------------	-------------------------------	---------------

NÍVEL SUPERIOR

NOME DE GRADUAÇÃO SUPERIOR	ANO DE CONCLUSÃO
-----------------------------------	-------------------------

ENTIDADE	Nº REGISTRO DO DIPLOMA	ESTADO
-----------------	-------------------------------	---------------

PÓS-GRADUAÇÃO

TIPO	CURSO/ ÁREA DE ESTUDO	INÍCIO	TÉRMINO
-------------	------------------------------	---------------	----------------

ENTIDADE	C. HORÁRIA	EST/PAIS
-----------------	-------------------	-----------------

PÓS-GRADUAÇÃO

TIPO	CURSO/ ÁREA DE ESTUDO	INÍCIO	TÉRMINO
-------------	------------------------------	---------------	----------------

ENTIDADE	C. HORÁRIA	EST/PAIS
-----------------	-------------------	-----------------

Responsabilizo-me pela veracidade das informações prestadas na presente ficha de cadastro.

Data _____ / _____ / _____

Assinatura do Servidor

Conferi as informações constantes no presente documento.

Data _____ / _____ / _____

Assinatura e carimbo do RH da Unidade




DECLARAÇÃO DE NÃO DEMISSÃO DE VÍNCULOS PÚBLICOS POR PENA DISCIPLINAR

DECLARO QUE FUI NOMEADO (A) POR MEIO DO DECRETO Nº **8.958/2018**, DE 06 de MARÇO DE 2018, ALTERADO PELO DECRETO Nº **8.979/2018**, DE 08 de MARÇO DE 2018, PARA FINS DE POSSE EM CARGO DO CONCURSO PÚBLICO EDITAL Nº 73/2016, QUE NÃO ME ENCONTRO INSERIDO(A) NAS VEDAÇÕES CONTIDAS NA LEI Nº 16.971, DE 05 DE DEZEMBRO DE 2011, PUBLICADA NO DIOE Nº 8603, dioe.pr.gov.br, DE 05 DE DEZEMBRO DE 2011, QUE TRATA DE VEDAÇÃO DISCIPLINAR.

Local e data:

NOME LEGÍVEL E ASSINATURA DO SERVIDOR:



 ESTADO DO PARANÁ SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE GRUPO DE RECURSOS HUMANOS SETORIAL	
DECLARAÇÃO DE ACÚMULO DE CARGO	
DADOS PESSOAIS CARGO A SER PROVIDO NA SESA	NOME: _____ RG: _____ CARGO: _____ FUNÇÃO: _____ DATA DE NASC: ____/____/____ IDADE: _____ SEXO: _____ ENDEREÇO RESID: _____ Nº: _____ BAIRRO: _____ MUNICÍPIO: _____ CEP: _____ FONE RESID : (____) _____ CEL:(____) _____ CONTATO:(____) _____
SE NÃO EXERCER OUTRO CARGO PÚBLICO	DECLARO PARA FINS DE POSSE/ADMISSÃO, QUE NÃO EXERÇO CARGO, EMPREGO OU FUNÇÃO PÚBLICA REMUNERADA, EM OUTRO ÓRGÃO DA ADMINISTRAÇÃO DIRETA OU INDIRETA NO GOVERNO FEDERAL, ESTADUAL, MUNICIPAL, OU EM OUTROS PODERES DO ESTADO, RESPONSABILIZANDO-ME NA FORMA DA LEI PELA EXATIDÃO DA PRESENTE DECLARAÇÃO. AO GRHS EM ____/____/____ _____ ASSINATURA
IDENTIFICAÇÃO DOS EMPREGOS/CARGOS/FUNÇÕES QUE EXERCE NO SERVIÇO PÚBLICO EM OUTROS ORGÃOS	ORGÃO: _____ FONE:(____) _____ ENDEREÇO: _____ Nº _____ DATA DE ADMISSÃO: ____/____/____ HORÁRIO _____ CARGA HORÁRIA SEMANAL: _____ CARGO: _____ FUNÇÃO: _____ SETOR: _____ <input type="checkbox"/> ATIVO <input type="checkbox"/> INATIVO <input type="checkbox"/> OUTROS
	ORGÃO: _____ FONE:(____) _____ _____ Nº _____ DATA DE ADMISSÃO: ____/____/____ HORÁRIO _____ CARGA HORÁRIA SEMANAL: _____ CARGO: _____ FUNÇÃO: _____ SETOR: _____ <input type="checkbox"/> ATIVO <input type="checkbox"/> INATIVO <input type="checkbox"/> OUTROS
	ORGÃO: _____ FONE:(____) _____ _____ Nº _____ DATA DE ADMISSÃO: ____/____/____ HORÁRIO _____ CARGA HORÁRIA SEMANAL: _____ CARGO: _____ FUNÇÃO: _____ SETOR: _____ <input type="checkbox"/> ATIVO <input type="checkbox"/> INATIVO <input type="checkbox"/> OUTROS
	DECLARO QUE AS INFORMAÇÕES ACIMA PRESTADAS SÃO VERDADEIRAS, RESPONSABILIZANDO-ME NA FORMA DA LEI PELA EXATIDÃO DA PRESENTE DECLARAÇÃO EM RELAÇÃO AOS VINCULOS ACIMA INFORMADOS. EM ____/____/____ VISTORHS/SETOR DE PESSOAL _____ DECLARANTE/SERVIDOR _____