



## 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 8.979 de 08/03/2018** para exercer as atividades profissionais nas Unidades desta Secretaria de Estado da Saúde.

Todos os candidatos aprovados e aptos para as vagas no município de **Curitiba** deverão comparecer nas datas, local e horários indicados para participar da escolha de vagas dentre as Unidades da SESA de acordo com o cargo e função, por ordem de classificação do concurso.

A partir da escolha de vagas o servidor nomeado poderá tomar posse no cargo público e iniciar imediatamente as atividades inerentes ao seu cargo/função:

Segue cronograma com datas, horários e locais para comparecimento dos candidatos nomeados pelo Decreto citado, visando a formalização da escolha de vagas:

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

**DATA: 16 de março de 2018, Sexta-feira**

**HORÁRIO: 09:00 horas**

LOCAL: Secretaria de Estado da Saúde do Paraná

Rua Piquiri, 170, térreo, Bairro Rebouças

Curitiba - PR

CANDIDATOS APROVADOS PARA O CARGO DE PROMOTOR DE SAÚDE PROFISSIONAL NAS FUNÇÕES DE: **ADMINISTRADOR, ECONOMISTA, NUTRICIONISTA, MÉDICO CLÍNICA MÉDICA, MÉDICO INTENSIVISTA, MÉDICO NEUROPEDIATRA, E MÉDICO PSIQUIATRA.**

GRUPO DE RECURSOS HUMANOS SETORIAL  
ÁREA DE INGRESSO E MOVIMENTAÇÃO DE SERVIDORES

Rua Piquiri, 170 – Rebouças – 80.230-140 – Curitiba – Paraná – Brasil – Fone : (41) 3330-4400 Fax: 3330-4322  
[www.saude.pr.gov.br](http://www.saude.pr.gov.br)



**DATA: 16 de março de 2018, Sexta-feira**

**HORÁRIO: 09:00 horas**

LOCAL: Secretaria de Estado da Saúde do Paraná

Rua Piquiri, 170, térreo, Bairro Rebouças

Curitiba - PR

**CANDIDATOS NOMEADOS PARA OS DEMAIS MUNICÍPIOS - EXCETO CURITIBA**

Todos os candidatos aprovados e aptos para as vagas **dos demais municípios fora de Curitiba** deverão comparecer nos locais indicados no quadro abaixo para participar da escolha de vagas dentre as Unidades da SESA de acordo com o cargo e função, por ordem de classificação do concurso.

A partir da escolha de vagas o servidor nomeado poderá tomar posse no cargo público e iniciar imediatamente as atividades inerentes ao seu cargo/função.

**O candidato deverá entrar em contato com setor de Recursos Humanos da Regional de Saúde e Unidades Estaduais de Saúde correspondente ao município em que foi nomeado com a finalidade escolher vaga e tomar posse, nos endereços e telefones relacionados abaixo:**

<b>Unidade SESA</b>	<b>Endereço e Telefone de Contato</b>
3ª REGIONAL DE SAÚDE DE PONTA GROSSA	Rua Doutor Paula Xavier, 743, Estrela, Ponta Grossa/PR. Telefone: 42 3219.9800
4ª REGIONAL DE SAÚDE DE IRATI	Rua Doutor Munhoz da Rocha, 77, Centro, Irati/PR. Telefone: 42 3423 2400
5ª REGIONAL DE SAÚDE DE GUARAPUAVA	Rua Vicente Machado, 1109, Centro, Guarapuava/PR Telefone: 42 3621.3600

**GRUPO DE RECURSOS HUMANOS SETORIAL  
ÁREA DE INGRESSO E MOVIMENTAÇÃO DE SERVIDORES**



7ª REGIONAL DE SAÚDE DE PATO BRANCO	Rua Tapajós, 470, Centro, Pato Branco/PR. Telefone: 46 3309 2400
9ª REGIONAL DE SAÚDE DE FOZ DO IGUAÇU	Rua Santos Dumont, 460, Centro, Foz do Iguaçu/PR Telefone: 45 3545 7100
11ª REGIONAL DE SAÚDE DE CAMPO MOURÃO	Rua Mambore, 1500, Centro, Campo Mourão/PR. Telefone: 44 3523 1844
13ª REGIONAL DE SAÚDE DE CIANORTE	Praça da República, 71, Centro, Cianorte/PR. Telefone: 44 3619 1900
15ª REGIONAL DE SAÚDE DE MARINGÁ	Avenida Cerro Azul, 245, Zona 02, Maringá/PR Telefone: 44 3261 6242
16ª REGIONAL DE SAÚDE DE APUCARANA	Rua Osório Ribas de Paula, 435, Centro, Apucarana/PR Telefone: 43 3420.2900
17ª REGIONAL DE SAÚDE DE LONDRINA	Rua Piauí, 75, 2º andar, Centro, Londrina/PR. Telefone: 43 3379 6000 /3379 6032/ 3379 6034
20ª REGIONAL DE SAÚDE DE TOLEDO	Rua Rui Barbosa, 1858, Centro, Toledo/PR Telefone: 45 3379 6900
22ª REGIONAL DE SAÚDE DE IVAIPORÃ	Rua Matogrosso, 780, Centro, Ivaiporã/PR. Telefone: 43 3472 4343
LACEN GUATUPÊ - SÃO JOSÉ DOS PINHAIS	Rua Sebastiana Santana Fraga 1001, Guatupê, São José dos Pinhais/PR. 41 3299 3215 / 3299 3202 / 3299 3211



## 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

<b>DOCUMENTO – ORIGINAL E FOTOCÓPIA</b>
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 <b>(OBRIGATÓRIA NO ATO DA POSSE)</b>
Declaração de Bens, Direitos e Valores – formulário em anexo.
PIS/PASEP
Diploma de Curso Superior com <b>registro no MEC</b> 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 –**

<b>DOCUMENTO – ORIGINAL E FOTOCÓPIA</b>
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 <b>(OBRIGATÓRIA NO ATO DA POSSE)</b>
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

<b>CART.IDENTIDADE/PR</b>	<b>NOME DO SERVIDOR</b>
---------------------------	-------------------------

<b>SEXO</b>	<b>DATA NASC</b> / /	<b>EST. NASC.</b>	<b>NATURALIDADE</b>	<b>CPF</b>	<b>ESTADO CIVIL</b>
-------------	-------------------------	-------------------	---------------------	------------	---------------------

<b>TÍTULO DE ELEITOR</b>			
<b>Nº INSCRIÇÃO</b>	<b>ZONA</b>	<b>SEÇÃO</b>	<b>PIS/PASEP</b>

<b>DADOS BANCÁRIOS</b>			
<b>BANCO</b> 001	<b>AGÊNCIA</b>	<b>CONTA CORRENTE</b>	<b>Nº DEPENDENTES PARA FINS DE IMPOSTO DE RENDA</b>

----- **FILIAÇÃO** -----

<b>NOME DA MÃE</b>	<b>NOME DO PAI</b>
--------------------	--------------------

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

<b>RUA/AVENIDA/ETC</b>	<b>NÚMERO</b>	<b>COMPLEMENTO</b>
------------------------	---------------	--------------------

<b>BAIRRO/DISTRITO</b>	<b>CEP</b> -
------------------------	-----------------

<b>MUNICÍPIO</b>	<b>TELEFONE</b>
------------------	-----------------

<b>E-MAIL</b>	<b>FAX</b>	<b>RAMAL</b>	<b>CELULAR</b>
---------------	------------	--------------	----------------

### RELAÇÃO DE DEPENDENTES E CÔNJUGE DO SERVIDOR

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

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

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

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



**DECLARAÇÃO 1 – ESCOLARIDADE DO SERVIDOR**

<i>ENSINO FUNDAMENTAL</i>	<i>ENTIDADE</i>	<i>SITUAÇÃO</i>
<i>ENSINO MÉDIO</i>	<i>ENTIDADE</i>	<i>SITUAÇÃO</i>
<i>CURSO TÉCNICO</i>	<i>ENTIDADE</i>	<i>SITUAÇÃO</i>

**NÍVEL SUPERIOR**

<i>NOME DA GRADUAÇÃO SUPERIOR</i>		<i>ANO DE CONCLUSÃO</i>
<i>ENTIDADE</i>	<i>Nº REGISTRO DO DIPLOMA</i>	<i>ESTADO</i>

**NÍVEL SUPERIOR**

<i>NOME DE GRADUAÇÃO SUPERIOR</i>		<i>ANO DE CONCLUSÃO</i>
<i>ENTIDADE</i>	<i>Nº REGISTRO DO DIPLOMA</i>	<i>ESTADO</i>

**PÓS-GRADUAÇÃO**

<i>TIPO</i>	<i>CURSO/ ÁREA DE ESTUDO</i>	<i>INÍCIO</i>	<i>TÉRMINO</i>
<i>ENTIDADE</i>		<i>C. HORÁRIA</i>	<i>EST/PAIS</i>

**PÓS-GRADUAÇÃO**

<i>TIPO</i>	<i>CURSO/ ÁREA DE ESTUDO</i>	<i>INÍCIO</i>	<i>TÉRMINO</i>
<i>ENTIDADE</i>		<i>C. HORÁRIA</i>	<i>EST/PAIS</i>

*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*





**PARANÁ**  
GOVERNO DO ESTADO  
Secretaria da Saúde

---

**DECLARAÇÃO DE NÃO DEMISSÃO DE VÍNCULOS PÚBLICOS POR PENA DISCIPLINAR**

DECLARO QUE FUI NOMEADO (A) POR MEIO DO 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:



 <b>ESTADO DO PARANÁ</b> <b>SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE</b> <b>GRUPO DE RECURSOS HUMANOS SETORIAL</b>	
<b>DECLARAÇÃO DE ACÚMULO DE CARGO</b>	
<b>DADOS PESSOAIS</b> <b>CARGO A SER PROVIDO NA</b> <b>SESA</b>	NOME: _____ RG: _____ CARGO: _____ FUNÇÃO: _____ DATA DE NASC: ____/____/____ IDADE: _____ SEXO: _____ ENDEREÇO RESID: _____ Nº: _____ BAIRRO: _____ MUNICÍPIO: _____ CEP: _____ FONE RESID: (____) _____ CEL:(____) _____ CONTATO:(____) _____
<b>SE NÃO EXERCER OUTRO</b> <b>CARGO PÚBLICO</b>	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
<b>IDENTIFICAÇÃO DOS EMPREGOS/CARGOS/FUNÇÕES QUE EXERCE NO SERVIÇO PÚBLICO EM</b> <b>OUTROS ORGÃOS</b>	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:(____) _____ 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
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 _____	