



## 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 n° 73/2016.

Os candidatos foram nomeados pelo **Decreto n° 11877 de 03/12/2018** para exercer as atividades profissionais nos Hemonúcleos das Unidades desta Secretaria de Estado da Saúde.

Todos os candidatos aprovados, aptos para as vagas e nomeados pelo Decreto n.º 11877/2018 deverão comparecer nos locais indicados no quadro abaixo para 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 correspondente ao município em que foi nomeado, nos endereços e telefones relacionados abaixo, com a finalidade de tomar posse:**

Unidade SESA	Endereço e Telefone de Contato
6ª REGIONAL DE SAÚDE DE UNIÃO DA VITÓRIA	Rua Marechal Floriano Peixoto, 180, Shopping Vale das Cachoeiras, União da Vitória/PR Telefone: 42 3521 1763 / 42 3521 1754
14ª REGIONAL DE SAÚDE DE PARANAVAÍ	Rua Bahia, 17, Centro, Paranavaí Telefone: 44 3421 3517
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

### 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 emitida por distribuidores ou cartórios criminais e Varas de Execução Penal (se houver) das cidades nas quais o candidato tenha residido/domiciliado nos últimos 05 (cinco) anos, expedida no máximo nos últimos 180 (cento e oitenta) dias antes da posse.



**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 emitida por distribuidores ou cartórios criminais e Varas de Execução Penal (se houver) das cidades nas quais o candidato tenha residido/domiciliado nos últimos 05 (cinco) anos, expedida no máximo nos últimos 180 (cento e oitenta) dias antes da posse.



**PARANÁ**  
GOVERNO DO ESTADO  
Secretaria da Saúde

**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, já que o Banco considera como 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**

<b>ENSINO FUNDAMENTAL</b>	<b>ENTIDADE</b>	<b>SITUAÇÃO</b>
---------------------------	-----------------	-----------------

<b>ENSINO MÉDIO</b>	<b>ENTIDADE</b>	<b>SITUAÇÃO</b>
<b>CURSO TÉCNICO</b>	<b>ENTIDADE</b>	<b>SITUAÇÃO</b>

**NÍVEL SUPERIOR**

<b>NOME DA GRADUAÇÃO SUPERIOR</b>	<b>ANO DE CONCLUSÃO</b>
-----------------------------------	-------------------------

<b>ENTIDADE</b>	<b>Nº REGISTRO DO DIPLOMA</b>	<b>ESTADO</b>
-----------------	-------------------------------	---------------

**NÍVEL SUPERIOR**

<b>NOME DE GRADUAÇÃO SUPERIOR</b>	<b>ANO DE CONCLUSÃO</b>
-----------------------------------	-------------------------

<b>ENTIDADE</b>	<b>Nº REGISTRO DO DIPLOMA</b>	<b>ESTADO</b>
-----------------	-------------------------------	---------------

**PÓS-GRADUAÇÃO**

<b>TIPO</b>	<b>CURSO/ ÁREA DE ESTUDO</b>	<b>INÍCIO</b>	<b>TÉRMINO</b>
-------------	------------------------------	---------------	----------------

<b>ENTIDADE</b>	<b>C. HORÁRIA</b>	<b>EST/PAIS</b>
-----------------	-------------------	-----------------

**PÓS-GRADUAÇÃO**

<b>TIPO</b>	<b>CURSO/ ÁREA DE ESTUDO</b>	<b>INÍCIO</b>	<b>TÉRMINO</b>
-------------	------------------------------	---------------	----------------

<b>ENTIDADE</b>	<b>C. HORÁRIA</b>	<b>EST/PAIS</b>
-----------------	-------------------	-----------------

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



## FORMULÁRIO DE DECLARAÇÃO DE BENS E VALORES

NOME	
RG	
CPF	

### RELAÇÃO DE BENS E VALORES

ITEM	DISCRIMINAÇÃO	VALOR

Declaro, sob as penas da lei, que as informações aqui prestadas são verdadeiras, autorizando a Administração a proceder, por meio eletrônico, à guarda das informações constantes neste formulário bem como das informações anuais posteriores que atualizarão esses dados, resguardando o sigilo destas.

Local e data:

Assinatura do servidor:



---

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

DECLARO QUE FUI NOMEADO (A) POR MEIO DO DECRETO Nº **11877/2018**, DE 03 de DEZEMBRO 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, [www.dioe.pr.gov.br](http://www.dioe.pr.gov.br), DE 05 DE DEZEMBRO DE 2011, QUE TRATA DE VEDAÇÃO DISCIPLINAR.

Local e data:

NOME LEGÍVEL E ASSINATURA  
DO SERVIDOR EMPOSSADO: