



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



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:

Unidade SESA	Endereço e Telefone de Contato
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

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



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:



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:



	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

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

IDENTIFICAÇÃO DOS EMPREGOS/CARGOS/FUNÇÕES QUE EXERCE NO SERVIÇO PÚBLICO EM OUTROS ORGÃOS	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

IDENTIFICAÇÃO DOS EMPREGOS/CARGOS/FUNÇÕES QUE EXERCE NO SERVIÇO PÚBLICO EM OUTROS ORGÃOS	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