



GOVERNO DO ESTADO DO PARANÁ

DECRETO N.º 7686

O GOVERNADOR DO ESTADO DO PARANÁ, no uso de suas atribuições e tendo em vista a decisão proferida nos Autos nº 0044549-50.2018.8.16.0000, da 1ª Vara da Fazenda Pública de Paranavaí, bem como o contido no protocolo nº 17.630.707-2,

DECRETA:

Art. 1º Fica nomeada em virtude de habilitação em concurso público, ISADORA MAURINA ARGUELES ALVES, RG nº 102262344, Inscrição nº 78.855-4, para exercer o cargo de Promotor de Saúde Execução, na função de Técnico de Laboratório, do Quadro Próprio dos Servidores da Saúde – QPSS, no Município de Paranavaí.

Art. 2º A nomeação sedá em caráter definitivo.

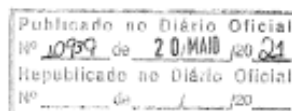
Art. 3º Este Decreto entrará em vigor na data de sua publicação.

Curitiba, em 20 MAIO de 2021, 200º da Independência e 133º da República.

CARLOS MASSA RATINHO JUNIOR
Governador do Estado

GUTO SILVA
Chefe da Casa Civil

MARCEL HENRIQUE MICHELETTO
Secretário de Estado da Administração
e da Previdência



CRA/AM*

CONVOCAÇÃO DE CANDIDATO NOMEADO

Esta é uma convocação da Secretaria de Estado da Saúde para sua posse e entrada imediata em exercício no cargo de Promotor de Saúde Execução, função de Técnico de Laboratório do Concurso Público, referente ao Edital nº 73/2016.

A candidata foi nomeada pelo **Decreto nº 7686 de 20/05/2021** para exercer as atividades profissionais na 14ª Regional de Saúde de Paranaíba.

A candidata aprovada, apta para a vaga e nomeada pelo **Decreto nº 7686 de 20/05/2021** deverá entrar em contato e posteriormente comparecer no local indicado abaixo para tomar posse no cargo público e iniciar as atividades inerentes ao seu cargo/função, nos termos da Lei nº 6.174/70 – Estatuto dos Funcionários Cíveis do Poder Executivo do Estado do Paraná.

| Unidade SESA | Endereço e Telefone de Contato |
|------------------------------------|--|
| 14ª REGIONAL DE SAÚDE DE PARANAÍBA | ENDEREÇO: Bahia, 17, Centro - Paranaíba CONTATO: (44) 3421-3500 - 08:00 às 12:00 e das 13:00 às 17:00 - falar com Elzenir |

PARA A POSSE

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

PROMOTOR DE SAÚDE EXECUÇÃO
RELAÇÃO DE DOCUMENTOS PARA POSSE –

| DOCUMENTO – ORIGINAL E FOTOCÓPIA |
|--|
| Cédula de identidade |
| CPF |
| Certidão de nascimento ou casamento (RG e CPF do cônjuge) |
| Título de Eleitor com certidão negativa eleitoral nos últimos 02 anos |
| Certificado de Reservista ou dispensa de incorporação, se candidato do sexo masculino |
| 01 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 |
| 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 |
| Declaração de acúmulo de cargos |
| Declaração de não demissão de vínculos públicos por pena disciplinar |
| 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. |

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 até o primeiro depósito dos vencimentos.

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 o candidato nomeado, 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:


DECLARAÇÃO DE NÃO DEMISSÃO DE VÍNCULOS PÚBLICOS POR PENA DISCIPLINAR

DECLARO QUE FUI NOMEADO (A) POR MEIO DO **Decreto nº 7686 de 20/05/2021** PARA FINS DE POSSE EM CARGO DO CONCURSO PÚBLICO EDITAL Nº 115/2009, 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, DE 05 DE DEZEMBRO DE 2011, QUE TRATA DE VEDAÇÃO DISCIPLINAR.

Local e data:

NOME LEGÍVEL DO SERVIDOR EMPOSSADO: _____

ASSINATURA DO SERVIDOR EMPOSSADO: _____

| | | |
|--|--|--|
|  | <p>GOVERNO DO ESTADO DO PARANÁ SECRETARIA DE ESTADO DA ADMINISTRAÇÃO E DA PREVIDÊNCIA DECLARAÇÃO DE ACÚMULO DE CARGOS TERMO DE OPÇÃO</p> | |
| <p>DADOS PESSOAIS:</p> <p>NOME: _____ RG nº _____ - DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____ SEXO: MASCULINO [] FEMININO [] ENDEREÇO RESIDENCIAL: _____ MUNICÍPIO: _____ CEP: _____ - FONE: (____) _____ ESTADO: _____</p> <p>Cargo/emprego/função pública para nomeação/contratação: _____</p> | | |
| <p>DADOS DO 1º CARGO/EMPREGO:</p> <p>ÓRGÃO: _____ FEDERAL [] ESTADUAL [] MUNICIPAL [] DENOMINAÇÃO DO CARGO/EMPREGO: _____ LF: _____ REGIME JURÍDICO: Estatutário [] CLT [] Contrato Temporário [] Cargo Comissionado [] SITUAÇÃO: Ativo [] Inativo [] Outros [] DATA DE ADMISSÃO: ____/____/____ CARGA HORÁRIA SEMANAL: _____ horas HORÁRIO DE TRABALHO: Manhã [] das _____ às _____ Tarde [] das _____ às _____ Noite [] das _____ às _____</p> | | |
| <p>DADOS DO 2º CARGO/EMPREGO:</p> <p>ÓRGÃO: _____ FEDERAL [] ESTADUAL [] MUNICIPAL [] DENOMINAÇÃO DO CARGO/EMPREGO: _____ LF: _____ REGIME JURÍDICO: Estatutário [] CLT [] Contrato Temporário [] Cargo Comissionado [] SITUAÇÃO: Ativo [] Inativo [] Outros [] DATA DE ADMISSÃO: ____/____/____ CARGA HORÁRIA SEMANAL: _____ horas HORÁRIO DE TRABALHO: Manhã [] das _____ às _____ Tarde [] das _____ às _____ Noite [] das _____ às _____</p> | | |
| <p>DECLARAÇÃO - Declaro para os fins de posse/admissão que as informações acima prestadas são verdadeiras, sob pena de estar infringindo o Artigo 299 do código Penal Brasileiro.</p> <p>Data: ____/____/____ _____ Assinatura do (a) Declarante</p> | | |
| <p>DECLARAÇÃO - CASO NÃO POSSUA OUTRO CARGO/EMPREGO/FUNÇÃO PÚBLICA</p> <p>Eu, acima nominado (a), declaro para fins de posse/admissão, que não exerço cargo, emprego ou função pública remunerada, em Órgãos da Administração Direta ou Indireta do Governo Federal, Estadual ou Municipal, ou em outros Poderes do Estado, sob pena de estar infringindo o Artigo 299 do código Penal Brasileiro.</p> <p>Data: ____/____/____ _____ Assinatura do (a) Declarante</p> | | |
| <p>DEVERÁ SER PREENCHIDO PELO GRUPO OU PELA UNIDADE DE RECURSOS HUMANOS</p> <p>() –Considerando os princípios elencados no Artigo 279, bem como o previsto no Artigo nº 286 da Lei nº 6174/70, declaro não ter sido constatado acúmulo de cargos, estando o (a) declarante apto para assumir cargo/emprego/função pública.</p> <p>() –Protocolo-se encaminhe-se à Comissão de Acúmulo de Cargos para análise e parecer.</p> <p>Data: ____/____/____ _____ Assinatura Chefe do URH/GRHS</p> | | |

Rua: Jacy Loureiro de Campos, S/N- Palácio das Araucárias - Centro Cívico - 80.530-140 - Curitiba Pr - Fone: 41 3313-6112

TERMO DE OPÇÃO: Caso possua outro cargo/emprego/função pública não previsto nas alíneas "a, b ou c" do art. 37, XVI, da Constituição Federal.

Faço opção pelo cargo:

Data: ____/____/____

Assinatura do (a) Declarante