



# GOVERNO DO ESTADO DO PARANÁ

DECRETO N.º 0398

O GOVERNADOR DO ESTADO DO PARANÁ, no uso de suas atribuições e tendo em vista a decisão prolatada nos autos nº 0034761-48.2018.8.16.0182, em trâmite no 4º Juizado Especial da Fazenda Pública de Curitiba, bem como o contido no protocolo nº 15.382.534-3,

DECRETA:

**Art. 1.º** Fica nomeado, em virtude de habilitação em concurso público, de acordo com o art. 24, inciso II, da Lei nº 6.174, de 16 de Novembro de 1970, PEDRO JOSÉ ALVES DE MELO, RG nº 4.961.809-3, Inscrição nº 112.261-4, no cargo de Promotor de Saúde Execução, função Técnico de Enfermagem, com lotação no Município de Telêmaco Borba, do Quadro Próprio dos Servidores da Saúde – QPSS.

**Art. 2.º** A nomeação se dá em caráter provisório, condicionada sua definitividade ao trânsito em julgado do processo referido no preâmbulo.

**Art. 3.º** Este Decreto entra em vigor a partir da data de sua publicação.

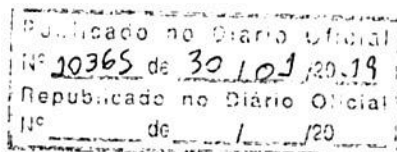
Curitiba, em 30 JAN de 2019, 198º da Independência e 131º da República.

  
CARLOS MASSA RATINHO JUNIOR  
Governador do Estado

GUTO SILVA  
Chefe da Casa Civil

REINHOLD STEPHANES  
Secretário de Estado da Administração  
e da Previdência

EB/PD\*





### 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 Enfermagem do Concurso Público, referente ao Edital nº 73/2016.

O candidato foi nomeado pelo **Decreto nº 0398 de 30/01/2019** para exercer as atividades profissionais na 21ª Regional de Saúde de Telêmaco Borba desta Secretaria de Estado da Saúde.

O candidato aprovada, apto para a vaga e nomeado pelo **Decreto nº 0398 de 30/01/2019** deverá entrar em contato e posteriormente comparecer no local indicado abaixo para tomar posse no cargo público e iniciar imediatamente as atividades inerentes ao seu cargo/função.

Unidade SESA	Endereço e Telefone de Contato
21ª REGIONAL DE SAÚDE DE TELEMACO BORBA	LOCAL: Recursos Humanos da 21ª Regional de Saúde de Telêmaco Borba DATA: Imediata ENDEREÇO: Avenida Samuel Klabin, 741 – Centro HORÁRIO: 08:30 ÀS 12:00 - 14:00 ÀS 17:00 Horas CONTATO: 42 3273 3311 - RH – falar com VANESSA



## 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
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.

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



**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 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 <b>001</b>	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	

<p>Responsabilizo-me pela veracidade das informações prestadas na presente ficha de cadastro.</p> <p>Data _____ / _____ / _____</p> <p>Assinatura do Servidor</p>	<p>Conferi as informações constantes no presente documento.</p> <p>Data _____ / _____ / _____</p> <p>Assinatura e carimbo do RH da Unidade</p>
---	--



**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 0398 de 12/01/2019** 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:





GOVERNO DO ESTADO DO PARANÁ  
SECRETARIA DE ESTADO DA ADMINISTRAÇÃO  
E DA PREVIDÊNCIA  
DECLARAÇÃO DE ACÚMULO DE CARGOS  
TERMO DE OPÇÃO

**DADOS PESSOAIS:**

NOME: \_\_\_\_\_ RG nº \_\_\_\_\_ -  
DATA DE NASCIMENTO: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ SEXO: MASCULINO [ ] FEMININO [ ]  
ENDEREÇO RESIDENCIAL: \_\_\_\_\_  
MUNICÍPIO: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_ -  
FONE: ( ) \_\_\_\_\_ ESTADO: \_\_\_\_\_

**Cargo/emprego/função pública para nomeação/contratação:** \_\_\_\_\_

**DADOS DO 1º CARGO/EMPREGO:**

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 \_\_\_\_\_

**DADOS DO 2º CARGO/EMPREGO:**

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 \_\_\_\_\_

**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.

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Assinatura do (a) Declarante

**DECLARAÇÃO - CASO NÃO POSSUA OUTRO CARGO/EMPREGO/FUNÇÃO PÚBLICA**

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.

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Assinatura do (a) Declarante

**DEVERÁ SER PREENCHIDO PELO GRUPO OU PELA UNIDADE DE RECURSOS HUMANOS**

( ) –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.

( ) –Protocole-se encaminhe-se à Comissão de Acúmulo de Cargos para análise e parecer.

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Assinatura Chefia do URH/GRHS

**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