



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° 10704 de 09/08/2018** 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 10704/2018 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 |
| 7ª REGIONAL DE SAÚDE DE PATO BRANCO | Rua Tapajós, 470, Centro, Pato Branco/PR. Telefone: 46 3309 2423 |
| 8ª REGIONAL DE SAÚDE DE FRANCISCO BELTRÃO | Rua Romeu Lauro Werlang, 521, Centro, Francisco Beltrão/PR Telefone: 46 3905 1330 / 46 3905 1349 |
| 14ª REGIONAL DE SAÚDE DE PARANAVAÍ | Rua Bahia, 17, Centro, Paranavaí Telefone: 44 3421 3517 |
| 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

| 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 |



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

| | |
|---------------------------|-------------------------|
| 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 **10704/2018**, DE 09 de AGOSTO 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, DE 05 DE DEZEMBRO DE 2011, QUE TRATA DE VEDAÇÃO DISCIPLINAR.

Local e data:

NOME LEGÍVEL E ASSINATURA
DO SERVIDOR EMPOSSADO: