



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 10217 de 27 de junho de 2018** para exercer as atividades profissionais nas Unidades desta Secretaria de Estado da Saúde.

Segue abaixo informação com data, horário e local para comparecimento dos candidatos nomeados pelo Decreto citado.

DATA: 10 de julho de 2018, Terça-feira

HORÁRIO: 08:30 horas

LOCAL: Hospital do Trabalhador

Rua: Avenida República Argentina, 4406, auditório, Bairro Novo Mundo

Referência: Terminal do Portão

Curitiba – PR

PARA A POSSE

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

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.



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



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 **10.217/2018**, DE 27 de JUNHO 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: