



## CONVOCAÇÃO DE CANDIDATOS NOMEADOS

Esta é uma convocação da Secretaria de Estado da Saúde para sua posse e entrada em exercício nos cargos e funções do Concurso Público, referente ao Edital nº 73/2016.

Os candidatos aptos nos exames médicos foram nomeados pelo **Decreto nº 6589 de 05/04/2017** 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: **ASSISTENTE DE FARMÁCIA, TÉCNICO ADMINISTRATIVO, TÉCNICO DE LABORATÓRIO, TÉCNICO DE MANUTENÇÃO E TÉCNICO DE SEGURANÇA DO TRABALHO.**

**DATA: 11 de abril de 2017, terça-feira**

**HORÁRIO: 14:00 horas**

LOCAL: Centro Hospitalar de Reabilitação

Rua Quintino Bocaiuva, 329, térreo, auditório, Bairro Cabral

Referência: Terminal do Cabral

Curitiba - PR

CANDIDATOS APROVADOS PARA O CARGO DE PROMOTOR DE SAÚDE EXECUÇÃO NA FUNÇÃO DE: **TÉCNICO DE ENFERMAGEM.**



**DATA: 11 de abril de 2017, terça-feira**

**HORÁRIO: 16:00 horas**

LOCAL: Centro Hospitalar de Reabilitação

Rua Quintino Bocaiuva, 329, térreo, auditório, Bairro Cabral

Referência: Terminal do Cabral

Curitiba - PR

CANDIDATOS APROVADOS PARA O CARGO DE **PROMOTOR DE SAÚDE** **PROFISSIONAL** NAS FUNÇÕES DE: **ADMINISTRADOR, ARQUITETO, BIBLIOTECÁRIO, CONTADOR, ECONOMISTA, ENGENHEIRO CIVIL, ENGENHEIRO ELETRICISTA, ENGENHEIRO MECÂNICO, MÉDICO VETERINÁRIO, NUTRICIONISTA, ODONTÓLOGO E PSICÓLOGO.**

**DATA: 12 de abril de 2017, quarta-feira**

**HORÁRIO: 08:30 horas**

LOCAL: Centro Hospitalar de Reabilitação

Rua Quintino Bocaiuva, 329, térreo, auditório, Bairro Cabral

Referência: Terminal do Cabral

Curitiba - PR

CANDIDATOS APROVADOS PARA O CARGO DE **PROMOTOR DE SAÚDE** **PROFISSIONAL** NAS FUNÇÕES DE: **MÉDICO CARDIOLOGISTA, MÉDICO CLÍNICA MÉDICA, MÉDICO DERMATOLOGISTA, MÉDICO DO TRABALHO, MÉDICO ENDOCRINOLOGISTA, MÉDICO EPIDEMIOLOGISTA, MÉDICO HEMATOLOGISTA, MÉDICO INFECTOLOGISTA, MÉDICO INTENSIVISTA, MÉDICO NEFROLOGISTA, MÉDICO NEUROLOGISTA, MÉDICO NEUROPEDIATRA, MÉDICO ORTOPEDISTA, MÉDICO PEDIATRA E MÉDICO PSIQUIATRA.**

**DATA: 12 de abril de 2017, quarta-feira**

**HORÁRIO: 14:00 horas**

LOCAL: Centro Hospitalar de Reabilitação

Rua Quintino Bocaiuva, 329, térreo, auditório, Bairro Cabral

Referência: Terminal do Cabral



---

Curitiba - PR

CANDIDATOS APROVADOS PARA O CARGO DE **PROMOTOR DE SAÚDE PROFISSIONAL** NA FUNÇÃO DE: **BIÓLOGO, ENGENHEIRO SANITARISTA, FARMACÊUTICO, FISIOTERAPEUTA, FONOAUDIÓLOGO E TERAPEUTA OCUPACIONAL.**

**DATA: 13 de abril de 2017, quinta-feira**

**HORÁRIO: 08:30 horas**

LOCAL: Centro Hospitalar de Reabilitação

Rua Quintino Bocaiuva, 329, térreo, auditório, Bairro Cabral

Referência: Terminal do Cabral

Curitiba - PR

CANDIDATOS APROVADOS PARA O CARGO DE **PROMOTOR DE SAÚDE PROFISSIONAL** NA FUNÇÃO DE: **ENFERMEIRO.**

**DATA: 13 de abril de 2017, quinta-feira**

**HORÁRIO: 14:00 horas**

LOCAL: Centro Hospitalar de Reabilitação

Rua Quintino Bocaiuva, 329, térreo, auditório, Bairro Cabral

Referência: Terminal do Cabral

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:**

<b>Unidade SESA</b>	<b>Endereço e Telefone de Contato</b>
1ª REGIONAL DE SAÚDE DE PARANAGUÁ	Avenida Coronel José Lobo, 547, Oceania. Telefone: 41 3420.6600
3ª REGIONAL DE SAÚDE DE PONTA GROSSA	Rua Doutor Paula Xavier, 743, Estrela. Telefone: 42 3219.9800
4ª REGIONAL DE SAÚDE DE IRATI	Rua Doutor Munhoz da Rocha, 77, Centro. Telefone: 42 3423 2400
5ª REGIONAL DE SAÚDE DE GUARAPUAVA	Rua Vicente Machado, 1109, Centro. Telefone: 42 3621.3600
6ª REGIONAL DE SAÚDE DE UNIÃO DA VITÓRIA	Rua Marechal Floriano Peixoto, 180, Centro. Telefone: 42 3521.1750 / 42 3521.1775
7ª REGIONAL DE SAÚDE DE PATO BRANCO	Rua Tapajós, 470, Centro. Telefone: 46 3309.2400
8ª REGIONAL DE SAÚDE E HOSPITAL REGIONAL DO SUDOESTE FRANCISCO BELTRÃO	Endereço: Rodovia Contorno Leste, 200, Bairro Água Branca. Telefone: (46) 3520-9200 /46 35209314
9ª REGIONAL DE SAÚDE DE FOZ DO IGUAÇU	Rua Santos Dumont, 460, Centro. Telefone: 45 3572.9418
10ª REGIONAL DE SAÚDE DE CASCAVEL	Avenida Tancredo Neves, 1453, Centro. Telefone: 45 3321.5500
11ª REGIONAL DE SAÚDE DE CAMPO MOURÃO	Rua Mambore, 1500, Centro. Telefone: (44) 3523 1844.
12ª REGIONAL DE SAÚDE DE UMUARAMA	Rua Ministro Oliveira Salazar, 4150 Zona 02. Telefone: 44 3621.8200
13ª REGIONAL DE SAÚDE DE CIANORTE	Praça da República, 71, Centro. Telefone: 44 3619.1900



14ª REGIONAL DE SAÚDE DE PARANAVAÍ	Rua Bahia, 17, Centro. Telefone: (44) 3421-3500
15ª REGIONAL DE SAÚDE DE MARINGÁ	Rua Demétrio Ribeiro, 50, Zona 07. Telefone: 44 3261-6200 / 3222 2116
16ª REGIONAL DE SAÚDE DE APUCARANA	Rua Osório Ribas de Paula, 435, Centro. Telefone: 43 3420.2900
17ª REGIONAL DE SAÚDE DE LONDRINA	Rua Piauí, 75, Centro. Telefone: 43 3379.6000 /3379 6032/ 33796034
18ª REGIONAL DE SAÚDE DE CORNÉLIO PROCÓPIO	Rua Justino Marques Bonfim, 27, Centro. Telefone: 43 3520.3500
19ª REGIONAL DE SAÚDE DE JACAREZINHO	Rua Paraná, 581, Centro. Telefone: 43 3511.1100
20ª REGIONAL DE SAÚDE DE TOLEDO	Rua Rui Barbosa, 1858, Centro. Telefone: 45 3379.6900
21ª REGIONAL DE SAÚDE DE TELÊMACO BORBA	Av. Samuel Klabin, n.º 741 – Centro Telefone: 42 3273.3311
22ª REGIONAL DE SAÚDE DE IVAIPORÃ	Rua Matogrosso, 780, Centro. Telefone: 43 3472.4343
HOSPITAL REGIONAL DA LAPA SÃO SEBASTIÃO - LAPA	Endereço: Rodovia do Xisto, Km 192. Telefone: (41) 3547-8800
HOSPITAL COLÔNIA ADAUTO BOTELHO - PINHAIS	Endereço: Rua Ivone Pimentel, 1.639, Canguiri - Parque das Nascentes Telefone: (41) 3661-6600
HOSPITAL DE DERMATOLOGIA SANITÁRIA DO PARANÁ E CENTRO DE PRODUÇÃO E PESQUISA DE IMUNOBIOLOGICOS - PIRAQUARA	Endereço: Av. Brasília, 1115, Jd. Esmeralda. Telefone: (41) 3589-8900
LACEN GUATUPÊ - SÃO JOSÉ DOS PINHAIS	Rua Sebastiana Santana Fraga 1001 - Guatupê 41 3299-3200 /3299-3204 / 32993200

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



HOSPITAL REGIONAL INFANTIL WALDEMAR MONASTIER DE CAMPO LARGO	Endereço: Rua XV de Novembro, 3701, Bairro Bom Jesus. Telefone: (41) 3391-8100 / 3391-8111
--	--

## 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

<b>DOCUMENTO – ORIGINAL E FOTOCÓPIA</b>
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
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
Diploma de Curso Superior com <b>registro no MEC</b> 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 –**

<b>DOCUMENTO – ORIGINAL E FOTOCÓPIA</b>
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
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 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

<b>CART. IDENTIDADE/PR</b>	<b>NOME DO SERVIDOR</b>
----------------------------	-------------------------

<b>SEXO</b>	<b>DATA NASC</b> / /	<b>EST. NASC.</b>	<b>NATURALIDADE</b>	<b>CPF</b>	<b>ESTADO CIVIL</b>
-------------	-------------------------	-------------------	---------------------	------------	---------------------

<b>TÍTULO DE ELEITOR</b>			
<b>Nº INSCRIÇÃO</b>	<b>ZONA</b>	<b>SEÇÃO</b>	<b>PIS/PASEP</b>

<b>DADOS BANCÁRIOS</b>			
<b>BANCO</b> <b>001</b>	<b>AGÊNCIA</b>	<b>CONTA CORRENTE</b>	<b>Nº DEPENDENTES PARA FINS DE IMPOSTO DE RENDA</b>

----- **FILIAÇÃO** -----

<b>NOME DA MÃE</b>	<b>NOME DO PAI</b>
--------------------	--------------------

----- **ENDEREÇO RESIDENCIAL DO SERVIDOR** -----

<b>RUA/AVENIDA/ETC</b>	<b>NÚMERO</b>	<b>COMPLEMENTO</b>
------------------------	---------------	--------------------

<b>BAIRRO/DISTRITO</b>	<b>CEP</b> -
------------------------	-----------------

<b>MUNICÍPIO</b>	<b>TELEFONE</b>
------------------	-----------------

<b>E-MAIL</b>	<b>FAX</b>	<b>RAMAL</b>	<b>CELULAR</b>
---------------	------------	--------------	----------------

#### RELAÇÃO DE DEPENDENTES E CÔNJUGE DO SERVIDOR

<b>1-NOME</b>	<b>SEXO</b>	<b>DATA NASC</b>	<b>REL. DEPEND.</b>	<b>DEP. P/ IR</b>
---------------	-------------	------------------	---------------------	-------------------

<b>2-NOME</b>	<b>SEXO</b>	<b>DATA NASC</b>	<b>REL. DEPEND.</b>	<b>DEP. P/ IR</b>
---------------	-------------	------------------	---------------------	-------------------

<b>3-NOME</b>	<b>SEXO</b>	<b>DATA NASC</b>	<b>REL. DEPEND.</b>	<b>DEP. P/ IR</b>
---------------	-------------	------------------	---------------------	-------------------

<b>4-NOME</b>	<b>SEXO</b>	<b>DATA NASC</b>	<b>REL. DEPEND.</b>	<b>DEP. P/ IR</b>
---------------	-------------	------------------	---------------------	-------------------



**DECLARAÇÃO 1 – ESCOLARIDADE DO SERVIDOR**

<b>ENSINO FUNDAMENTAL</b>	<b>ENTIDADE</b>	<b>SITUAÇÃO</b>
---------------------------	-----------------	-----------------

<b>ENSINO MÉDIO</b>	<b>ENTIDADE</b>	<b>SITUAÇÃO</b>
---------------------	-----------------	-----------------

<b>CURSO TÉCNICO</b>	<b>ENTIDADE</b>	<b>SITUAÇÃO</b>
----------------------	-----------------	-----------------

**NÍVEL SUPERIOR**

<b>NOME DA GRADUAÇÃO SUPERIOR</b>	<b>ANO DE CONCLUSÃO</b>
-----------------------------------	-------------------------

<b>ENTIDADE</b>	<b>Nº REGISTRO DO DIPLOMA</b>	<b>ESTADO</b>
-----------------	-------------------------------	---------------

**NÍVEL SUPERIOR**

<b>NOME DE GRADUAÇÃO SUPERIOR</b>	<b>ANO DE CONCLUSÃO</b>
-----------------------------------	-------------------------

<b>ENTIDADE</b>	<b>Nº REGISTRO DO DIPLOMA</b>	<b>ESTADO</b>
-----------------	-------------------------------	---------------

**PÓS-GRADUAÇÃO**

<b>TIPO</b>	<b>CURSO/ ÁREA DE ESTUDO</b>	<b>INÍCIO</b>	<b>TÉRMINO</b>
-------------	------------------------------	---------------	----------------

<b>ENTIDADE</b>	<b>C. HORÁRIA</b>	<b>EST/PAIS</b>
-----------------	-------------------	-----------------

**PÓS-GRADUAÇÃO**

<b>TIPO</b>	<b>CURSO/ ÁREA DE ESTUDO</b>	<b>INÍCIO</b>	<b>TÉRMINO</b>
-------------	------------------------------	---------------	----------------

<b>ENTIDADE</b>	<b>C. HORÁRIA</b>	<b>EST/PAIS</b>
-----------------	-------------------	-----------------

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 **6589/2017**, DE 05 de ABRIL DE 2017 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: \_\_\_\_\_  
 ATIVO  INATIVO  OUTROS

ORGÃO: \_\_\_\_\_ FONE:(\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
ENDEREÇO: \_\_\_\_\_ Nº \_\_\_\_\_  
DATA DE ADMISSÃO: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ HORÁRIO \_\_\_\_\_ CARGA HORÁRIA SEMANAL: \_\_\_\_\_  
CARGO: \_\_\_\_\_ FUNÇÃO: \_\_\_\_\_ SETOR: \_\_\_\_\_  
 ATIVO  INATIVO  OUTROS

ORGÃO: \_\_\_\_\_ FONE:(\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Nº \_\_\_\_\_  
DATA DE ADMISSÃO: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ HORÁRIO \_\_\_\_\_ CARGA HORÁRIA SEMANAL: \_\_\_\_\_  
CARGO: \_\_\_\_\_ FUNÇÃO: \_\_\_\_\_ SETOR: \_\_\_\_\_  
 ATIVO  INATIVO  OUTROS

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