



PARANÁ
GOVERNO DO ESTADO



GOVERNO DO ESTADO DO PARANÁ

DECRETO N.º 4533

O GOVERNADOR DO ESTADO DO PARANÁ, no uso de suas atribuições, tendo em vista a decisão transitada em julgado nos Autos nº 0009055-88.2013.8.16.0004, da 3ª Vara da Fazenda Pública de Curitiba, bem como o contido no protocolado nº 16.433.263-2,

DECRETA:

Art. 1º Fica nomeado em virtude de habilitação em concurso público, WALTER JUNIOR BOIM DE ARAÚJO, RG nº 259407744/SP, Inscrição nº 66.226-7, para exercer o cargo de Promotor de Saúde Profissional, função Médico, (Cirurgia Vasculuar), do Quadro Próprio dos Servidores da Saúde -QPSS, no Município de Curitiba.

Art. 2º Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Curitiba, em 24 ABR. de 2020, 199º da Independência e 132º 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

Publicado no Diário Oficial
Nº 10473 de 24 / 04 / 2020
Republicado no Diário Oficial
Nº _____ de _____ / 20

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 Profissional, função de Enfermeiro do Concurso Público, referente ao Edital nº 115/2009.

O candidato foi nomeado pelo **Decreto nº 4533 de 24/04/2020** para exercer as atividades profissionais nesta Secretaria de Estado da Saúde.

O candidato aprovado, apto para a vaga e nomeado pelo **Decreto nº 4533 de 24/04/2020** 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
Secretaria de Estado da Saúde - GRHS	Endereço: Rua Piquiri, 170, Bairro Rebouças Contato: Simone ou Caroline – (41) 3330 4354/3330 4328 Curitiba - Paraná

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.

PARA A POSSE

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

Nome _____ função _____

RELAÇÃO DE DOCUMENTOS PARA POSSE - Agente Profissional

DOCUMENTO – ORIGINAL E FOTOCÓPIA
Diploma de Curso Superior com registro no MEC
Comprovante de Especialização - quando a função exigir
Certidão de nascimento ou casamento
Cédula de identidade
Título de Eleitor com comprovante de voto na última eleição
Certificado de Reservista ou dispensa de incorporação, se candidato do sexo masculino.
Registro no Conselho da Classe
01 foto 3X4
Comprovante de tipagem sanguínea
Ficha Cadastral
Declaração de acúmulo de cargos
Declaração de Não Demissão
Cópia da última declaração de Imposto de renda e bens ou situação do CPF na Receita Federal para isentos
PIS/PASEP
Certidão de Nascimento de filhos menores de 18 anos (CPF e RG dos filhos acima dos 08 anos)
Comprovante de Residência
C P F
Agência e conta no Banco do Brasil (OBRIGATÓRIA NO ATO DA POSSE)

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.

Conferi as informações constantes no presente documento.

Data ____ / ____ / ____

Data ____ / ____ / ____

Assinatura do Servidor

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:



**AUTORIZAÇÃO PARA FINS DE CUMPRIMENTO DO DECRETO
ESTADUAL N.º 2141/2008**

Nome:

RG:

CPF:

Pelo presente instrumento, autorizo os representantes legais do Estado do Paraná a requisitarem e acessarem as informações por mim prestadas à Receita Federal, relativas aos bens, direitos, valores e obrigações constantes das minhas declarações anuais de bens.

Esta autorização é válida para fins do artigo 3º do Decreto Estadual n.º 2141/2008 e conforme previsto no artigo 198, § 1º, inciso II do CTN em caráter de atualização para todos os exercícios, conforme vínculo mantido com o Estado.

Cônjuge e dependentes incluídos na Declaração de Rendimentos:

Nome:

RG:

CPF:

Nome:

RG:

CPF:

Nome:

RG:

CPF:

Nome:

RG:

CPF:

Local, data

Servidor

DECLARAÇÃO DE NÃO DEMISSÃO DE VÍNCULOS PÚBLICOS POR PENA DISCIPLINAR

DECLARO QUE FUI NOMEADO (A) POR MEIO DO **DECRETO Nº 4533 de 24/04/2020** 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 : _____



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