



GOVERNO DO ESTADO DO PARANÁ

DECRETO N.º 4299

O GOVERNADOR DO ESTADO DO PARANÁ, no uso de suas atribuições e sob proposta da Secretaria de Estado da Administração e da Previdência – SEAP, bem como o contido no protocolo nº 15.843.679-5,


DECRETA

Art. 1.º Ficam nomeados em virtude de habilitação em concurso público, de acordo com os art. 24, inciso II, da Lei nº 6.174, de 16 de novembro de 1970 e a Lei nº 18.136, de 03 de julho de 2014, os candidatos relacionados no Anexo Único deste Decreto, para exercerem os cargos de: Promotor de Saúde Profissional e Promotor de Saúde Execução, do Quadro Próprio dos Servidores da Secretaria de Estado da Saúde – QPSS.

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

Curitiba, em 19 MAR, 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

CRA/AM*

ANEXO ÚNICO DO DECRETO Nº 4299

LOCAL DE VAGA: CURITIBA

CARGO	FUNÇÃO	NOME	RG	UF	INSC.	CLASS.	VAGA
PSE	TECNICO DE ENFERMAGEM	DUELI MARTINS GOMES MENESES	87910636	PR	1062751	96	U
PSE	TECNICO DE ENFERMAGEM	ALINE CRISTINE SANTOS DO NASCIMENTO	107916318	PR	658405	97	U
PSE	TECNICO DE ENFERMAGEM	TATIANA DA SILVA MENDES	88804945	PR	547514	99	U
PSE	TECNICO DE ENFERMAGEM	CINTIA MARA DASSOLER	83708751	PR	439690	100	U
PSE	TECNICO DE ENFERMAGEM	MARLENE DE FATIMA FERREIRA DE LIMA	52347769	PR	849669	101	U
PSE	TECNICO DE ENFERMAGEM	MARIA DE LOURDES DA SILVA	69375258	PR	957267	103	U
PSE	TECNICO DE ENFERMAGEM	RAFAELA CRISTIANE AVELINO XAVIER	93103009	PR	130427	104	U
PSE	TECNICO DE ENFERMAGEM	ALTAIR CRISTINA SILVA SODRE	146765637	PR	1059890	105	U
PSP	ENFERMEIRO	KALLINY NATHIARA DE OLIVEIRA STRALHOTI	100590484	PR	1120778	55	U
PSP	ENFERMEIRO	LETICIA CABRAL DE FARIA	97092672	PR	615455	58	U
PSP	ENFERMEIRO	DIELLY NATANNARA CHAGAS FERNANDES	156793	MA	984353	59	U
PSP	FISIOTERAPEUTA	LORECI SILVEIRA ALVES	84965847	PR	425621	128	A
PSP	MEDICO RADIOLOGIA	PAULO MARCIO BORGES DANIEL	1262893	MS	889385	3	U

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 aptos nos exames médicos foram nomeados pelo **Decreto nº 4.299 de 19/03/2020** para exercer as atividades profissionais no Hospital do Trabalhador desta Secretaria de Estado da Saúde.

Os candidatos nomeados pelo Decreto citado devem comparecer para tomar posse no local abaixo:

HORÁRIO: 08:00 às 17:00 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 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 (RG e CPF do cônjuge)
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
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
Declaração de acúmulo de cargos
Declaração de não demissão de vínculos públicos por pena disciplinar
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.

**PROMOTOR DE SAÚDE EXECUÇÃO
RELAÇÃO DE DOCUMENTOS PARA POSSE –**

DOCUMENTO – ORIGINAL E FOTOCÓPIA
Cédula de identidade
CPF
Certidão de nascimento ou casamento (RG e CPF do cônjuge)
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
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
Declaração de acúmulo de cargos
Declaração de não demissão de vínculos públicos por pena disciplinar
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.

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

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	<i>ENTIDADE</i>	<i>SITUAÇÃO</i>
ENSINO MÉDIO	<i>ENTIDADE</i>	<i>SITUAÇÃO</i>
CURSO TÉCNICO	<i>ENTIDADE</i>	<i>SITUAÇÃO</i>

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

TIPO	CURSO/ ÁREA DE ESTUDO	INÍCIO	TÉRMINO
ENTIDADE		C. HORÁRIA	EST/PAIS

<p><i>Responsabilizo-me pela veracidade das informações prestadas na presente ficha de cadastro.</i></p> <p>Data _____ / _____ / _____</p> <p style="text-align: center;"><i>Assinatura do Servidor</i></p>	<p><i>Conferi as informações constantes no presente documento.</i></p> <p>Data _____ / _____ / _____</p> <p style="text-align: center;"><i>Assinatura e carimbo do RH da Unidade</i></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 **4.299/2020**, DE 19 de MARÇO DE 2020 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:



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