



CONVOCAÇÃO DE CANDIDATA NOMEADA

Esta é uma convocação da Secretaria de Estado da Saúde para sua posse e entrada imediata em exercício no cargo de Promotor de Saúde Execução, função de Assistente de Farmácia do Concurso Público, referente ao Edital nº 73/2016.

A candidata foi nomeada pelo **Decreto nº 11546 de 05/11/2018** para exercer as atividades profissionais na 21ª Regional de Saúde de Telêmaco Borba desta Secretaria de Estado da Saúde.

A candidata aprovada, apta para a vaga e nomeada pelo **Decreto nº 11546 de 05/11/2018** 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
21ª REGIONAL DE SAÚDE DE TELEMACO BORBA	LOCAL: Recursos Humanos da 21ª Regional de Saúde de Telêmaco Borba DATA: Imediata ENDEREÇO: Avenida Samuel Klabin, 741 – Centro HORÁRIO: 08:30 ÀS 12:00 - 14:00 ÀS 17:00 Horas CONTATO: 42 3273 3311 - RH – falar com CESAR



PARA A POSSE

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

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 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.



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 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 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

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

NÍVEL SUPERIOR

<i>NOME DA GRADUAÇÃO SUPERIOR</i>		<i>ANO DE CONCLUSÃO</i>
<i>ENTIDADE</i>	<i>Nº REGISTRO DO DIPLOMA</i>	<i>ESTADO</i>

NÍVEL SUPERIOR

<i>NOME DE GRADUAÇÃO SUPERIOR</i>		<i>ANO DE CONCLUSÃO</i>
<i>ENTIDADE</i>	<i>Nº REGISTRO DO DIPLOMA</i>	<i>ESTADO</i>

PÓS-GRADUAÇÃO

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

PÓS-GRADUAÇÃO

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

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 11456 de 19/10/2018** 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: