

GOVERNO DO ESTADO DO PARANÁ

DECRETO N.º 6518

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 17.127.984-4,

DECRETA:

Art. 1º Ficam nomeados em virtude de habilitação em concurso público, de acordo com o 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, nas suas respectivas funções, do Quadro Próprio dos Servidores da Secretaria de Estado da Saúde – QPSS.

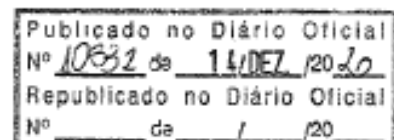
Art. 2º Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Curitiba, em 14 DEZ. de 2020, 199ª da Independência e 132ª da República.

CARLOS MASSA RATINHO JUNIOR
Governador do Estado

GUTO SILVA
Chefe da Casa Civil

MARCEL HENRIQUE MICHELETTO
Secretário de Estado da Administração
e da Previdência



CRA/AM.

GOVERNO DO ESTADO DO PARANÁ

DECRETO N.º 6518

ANEXO ÚNICO DO DECRETO N.º 6518 /2020

LOCAL DE VAGA: APUCARANA

CARGO	FUNÇÃO	NOME	RG	INSC.	CLASS.	CONC.
PSE	TECNICO DE LABORATORIO	JACQUELI APARECIDA FRAID	99368566-PR	170926	4	U

LOCAL DE VAGA: CAMPO LARGO

CARGO	FUNÇÃO	NOME	RG	INSC.	CLASS.	CONC.
PSE	ASSISTENTE DE FARMACIA	LUANA LETICIA QUILLO MARQUES	138463176-PR	846296	2	U
PSE	TECNICO ADMINISTRATIVO	CHRISTIANNE SOARES MOREIRA	69542824-PR	135500	6	U
PSE	TECNICO DE ENFERMAGEM	CRISTIANE SOUZA DA COSTA	2092155494-RS	1321110	23	U

LOCAL DE VAGA: CASCAVEL

CARGO	FUNÇÃO	NOME	RG	INSC.	CLASS.	CONC.
PSP	MEDICO CLINICA MEDICA	JOHN EDWARD TOIGO	65612950-PR	196278	15	U

LOCAL DE VAGA: CIANORTE

CARGO	FUNÇÃO	NOME	RG	INSC.	CLASS.	CONC.
PSP	MEDICO CLINICA MEDICA	JOSE LUIZ ROSSI ZAMPAR	60399573-PR	656622	7	U

LOCAL DE VAGA: CURITIBA

CARGO	FUNÇÃO	NOME	RG	INSC.	CLASS.	CONC.
PSE	TECNICO ADMINISTRATIVO	FERNANDA WOLFF CARVALHO	66195457-PR	1352106	51	U
PSE	TECNICO ADMINISTRATIVO	ALINE DA CRUZ BORBA	137214156-PR	838993	292	A
PSE	TECNICO ADMINISTRATIVO	AISLAN CORREIA DOS SANTOS	420668408-SP	1073567	358	A
PSP	BIBLIOTECARIO	ELAINE CRISTINA ITNER VOIDELO	61515232-PR	19677	3	U
PSP	ENFERMEIRO	RAISSA BITTENCOURT	81340501-PR	561460	81	U
PSP	MEDICO CLINICA MEDICA	CESAR DIEGO FARIA SANCHES	58390313-PR	385891	61	U
PSP	MEDICO HEMATO/HEMOTERAPIA	CRISTIANE DE OLIVEIRA HENRIQUES	67845048-PR	93550-6	4	U
PSP	MEDICO NEFROLOGIA	GISELE FERNANDES FURTADO	20878557-PR	628301	3	U
PSP	MEDICO PEDIATRIA	GISELLA SANCHES HENLE PIASSETTA	81414432-PR	1177062	6	U

LOCAL DE VAGA: FOZ DO IGUAÇU

CARGO	FUNÇÃO	NOME	RG	INSC.	CLASS.	CONC.
PSE	INSPECTOR DE SANEAMENTO	CEZAR EDUARDO PERÓZA	20812881-MT	88358	5	U
PSP	ENFERMEIRO	CARMEN LUCIA RAISKI	58429597-PR	757950	5	U

LOCAL DE VAGA: LONDRINA

CARGO	FUNÇÃO	NOME	RG	INSC.	CLASS.	CONC.
PSP	MEDICO GINECOLOGIA MEDICA	VANESSA GALVES DA SILVA	95172812-PR	890899	21	U

GOVERNO DO ESTADO DO PARANÁ

DECRETO N.º 6518

LOCAL DE VAGA: MARINGÁ

CARGO	FUNÇÃO	NOME	RG	INSC.	CLASS.	CONC.
PSE	TEC. SEGURANÇA DO TRABALHO	VANDER FERNANDO ABILIO DE SOUZA	104074537-PR	408468	3	U
PSP	MEDICO CLINICA MEDICA	KATIUSCIA PEREIRA ROCHA	898152-MG	1382837	22	U

LOCAL DE VAGA: PARANAVAI

CARGO	FUNÇÃO	NOME	RG	INSC.	CLASS.	CONC.
PSP	ENFERMEIRO	KARINA MIREILE DE ALMEIDA IGNACHEWSKI	69663249-PR	577200	5	U

LOCAL DE VAGA: SAO JOSE DOS PINHAIS

CARGO	FUNÇÃO	NOME	RG	INSC.	CLASS.	CONC.
PSE	TECNICO ADMINISTRATIVO	JOZEANE DA CONCEICAO ANTUNES	75298860-PR	898015	5	U
PSE	TECNICO DE LABORATORIO	SIDNEY PINTO DA SILVA	60617370-PR	1377744	9	U

LOCAL DE VAGA: TOLEDO

CARGO	FUNÇÃO	NOME	RG	INSC.	CLASS.	CONC.
PSE	ASSISTENTE DE FARMACIA	KATIA SARTOR	98714294-PR	244732	3	U

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 n° 73/2016, nos termos do Art. 41 da Lei Estadual n° 6.174/1970 – Estatuto dos Servidores Cíveis do Estado do Paraná.

O candidato apto nos exames médicos foi nomeado pelo **Decreto n° 6518 de 14/12/2020** para exercer as atividades profissionais nas Unidades Próprias desta Secretaria de Estado da Saúde.

Todos os candidatos aprovados, aptos para as vagas e nomeados pelo Decreto n° **Decreto n° 6518 de 14/12/2020** deverão comparecer nos locais indicados para tomar posse no cargo público e iniciar, dentro do prazo legal, as atividades inerentes ao seu cargo/função.

Todos os candidatos nomeados para as vagas no município de **CURITIBA** deverão comparecer no endereço abaixo para providências quanto à informação de seu local de lotação e posterior posse no cargo/função para os quais foi nomeado, conforme abaixo:

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Grupo de Recursos Humanos Setorial - GRHS / AIMS

DATA: de 17/12/2020 a 23/12/2020 e 04/01/2021 a 13/01/2021.

HORÁRIO: 08:00 às 11:00 e das 13:00 às 16:00 horas

RUA; Piquiri, 170, Bairro Rebouças, esquina com a Rua Engenheiros Rebouças

Telefone: (41) 3330 4354 – 3330 4328 - falar com Simone e Caroline

CANDIDATOS NOMEADOS PARA OS DEMAIS MUNICÍPIOS – EXCETO CURITIBA.

Todos os candidatos aprovados, aptos e nomeados neste Decreto para as vagas dos demais municípios deverão entrar em contato e posteriormente comparecer nos locais indicados no quadro abaixo para informações, posse e exercício.

A partir da definição da vaga o candidato nomeado poderá, dentro do prazo legal, apresentar toda a documentação solicitada, tomar posse no cargo público e iniciar as atividades inerentes ao seu cargo/função.

Importante: O Poder Executivo Estadual possui um calendário estabelecendo recesso no período de 23/12/2020 a 03/01/2021. O prazo para a posse dos candidatos não sofre alteração, permanecendo o previsto na legislação.

O candidato deverá entrar em contato com setor de Recursos Humanos das Unidades desta Secretaria de Estado da Saúde correspondente ao município em que foi nomeado com a finalidade de obter informações e tomar posse, nos endereços e telefones relacionados abaixo:

Unidade SESA	Endereço e Telefone de Contato
9ª REGIONAL DE SAÚDE DE FOZ DO IGUAÇU	Rua Santos Dumont, 460, Centro, Foz do Iguaçu/PR Telefone: 45 3545 7100 - Rosangela
10ª REGIONAL DE SAÚDE DE CASCAVEL	Avenida Tancredo Neves, 1453, Alto Alegre. Telefone: 45 3321.5536 - Mara
13ª REGIONAL DE SAÚDE DE CIANORTE	Praça da República, 71, Centro. Telefone: 44 3619-1937 - Eliéder
14ª REGIONAL DE SAÚDE DE PARANAVAÍ	Rua Bahia, 17, Centro. Telefone: 44 3421-3517 - Elzenir
15ª REGIONAL DE SAÚDE DE MARINGÁ	Avenida Cerro Azul, 245 Fone: 44 3261-6277 – Lucilene
16ª REGIONAL DE SAÚDE DE APUCARANA	Rua Osório Ribas de Paula, 435, Centro. Telefone: 43 3420-2907 - Eliane
17ª REGIONAL DE SAÚDE DE LONDRINA	Rua Piaui, 75, Centro Telefone: 43 3420-2907 - Eliane
20ª REGIONAL DE SAÚDE DE TOLEDO	Rua Rui Barbosa, 1858, Centro. Telefone: 45 3379-6906 - Regina, Alan
LACEN GUATUPÊ	Rua Sebastiana Santana Fraga 1001, Guatupê, São José dos Pinhais/PR. 41 3299 3211 - Leonardo
HOSPITAL REGIONAL INFANTIL WALDEMAR MONASTIER – CAMPO LARGO	Endereço: Rua XV de Novembro, 3701, Bairro Bom Jesus. Telefone: (41) 3391-8108 – Cristiane/Marcos

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
01 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
01 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.

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 entende como conta sem movimentação.

CERTIDÃO NEGATIVA: O candidato deve entrar em contato com os Distribuidores ou Cartórios Criminais e Varas de Execução Penal apresentando o Edital do Concurso Público a fim de solicitar a emissão da (s) Certidão (s) correta (s), atentando aos prazos necessários que esses locais necessitam para atenderem a solicitação.

A responsabilidade em comparecer nas datas, local e horários agendados para a posse com a documentação completa é exclusiva do candidato.

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>	

<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>
---	--


DECLARAÇÃO DE NÃO DEMISSÃO DE VÍNCULOS PÚBLICOS POR PENA DISCIPLINAR

Declaro, que fui nomeado (a) por meio do **Decreto nº 6518 de 14/12/2020** 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, www.dioe.pr.gov.br, de 05 de dezembro de 2011, que trata de vedação disciplinar.

Local e data: _____

Nome Legível: _____

Assinatura: _____

	<p>GOVERNO DO ESTADO DO PARANÁ SECRETARIA DE ESTADO DA ADMINISTRAÇÃO E DA PREVIDÊNCIA DECLARAÇÃO DE ACÚMULO DE CARGOS TERMO DE OPÇÃO</p>	
<p>DADOS PESSOAIS:</p> <p>NOME: _____ RG nº _____ - _____ DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____ SEXO: MASCULINO [] FEMININO [] ENDEREÇO RESIDENCIAL: _____ MUNICÍPIO: _____ CEP: _____ - _____ FONE: () _____ ESTADO: _____</p> <p>Cargo/emprego/função pública para nomeação/contratação: _____</p>		
<p>DADOS DO 1º CARGO/EMPREGO:</p> <p>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 _____</p>		
<p>DADOS DO 2º CARGO/EMPREGO:</p> <p>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 _____</p>		
<p>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.</p> <p>Data: ____/____/____ _____ Assinatura do (a) Declarante</p>		
<p>DECLARAÇÃO - CASO NÃO POSSUA OUTRO CARGO/EMPREGO/FUNÇÃO PÚBLICA</p> <p>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.</p> <p>Data: ____/____/____ _____ Assinatura do (a) Declarante</p>		
<p>DEVERÁ SER PREENCHIDO PELO GRUPO OU PELA UNIDADE DE RECURSOS HUMANOS</p> <p>() –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.</p> <p>() –Protocole-se encaminhe-se à Comissão de Acúmulo de Cargos para análise e parecer.</p> <p>Data: ____/____/____ _____ Assinatura Chefia do URH/GRHS</p>		

Rua: Jacy Loureiro de Campos, S/N- Palácio das Araucárias – Centro Cívico – 80.530-140 – Curitiba Pr – Fone 41 3313-8112

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