



### 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 Técnico de Enfermagem do Concurso Público, referente ao Edital nº 73/2016.

A candidata foi nomeada pelo **Decreto nº 11504 de 25/10/2018** para exercer as atividades profissionais em unidades desta Secretaria de Estado da Saúde no município de Paranaguá.

A candidata aprovada, apta para a vaga e nomeada pelo Decreto n. **11504 de 25/10/2018** 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.

<b>Unidade SESA</b>	<b>Endereço e Telefone de Contato</b>
01ª REGIONAL DE SAÚDE DE PARANAGUÁ	ENDEREÇO: Avenida Gabriel de Lara, 657 – CONTATO: (41) 3420-6650 3420-6649 - 08:00 às 12:00 e das 13:00 às 17:00 - Falar com Raquele ou Vitor Att



## 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 –

<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 (CPF e RG dos filhos acima dos 08 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 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, 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**

<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>
-------------	-------------------------	-------------------	---------------------	------------	---------------------

**TÍTULO DE ELEITOR**

<b>Nº INSCRIÇÃO</b>	<b>ZONA</b>	<b>SEÇÃO</b>	<b>PIS/PASEP</b>
---------------------	-------------	--------------	------------------

**DADOS BANCÁRIOS**

<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:



**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 **xxxxx/2018**, DE xx de xxxxx DE 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](http://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: