



PARANÁ
GOVERNO DO ESTADO



GOVERNO DO ESTADO DO PARANÁ

DECRETO Nº 3749

O GOVERNADOR DO ESTADO DO PARANÁ, no uso de suas atribuições, tendo em vista a decisão proferida nos autos nº 0036640-56.2019.8.16.0182, do 15º Juizado Especial da Fazenda Pública de Curitiba, bem como o contido no protocolado nº 16.123.112-6,

DECRETA

Art. 1.º Fica nomeada, 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, LEILA FERNANDA MENDES, RG nº 124354234, Inscrição nº 51.077-7, no cargo de Promotor de Saúde Execução, função Técnico de Enfermagem, do Quadro Próprio dos Servidores da Saúde – QPSS, no município de Ponta Grossa.

Art. 2.º A nomeação se dá em caráter provisório, condicionada sua definitividade à decisão judicial transitada em julgado no processo referido no preâmbulo.

Parágrafo único. A servidora será imediatamente desligada do cargo em caso de revogação da decisão judicial que determinou a sua nomeação.

Art. 3.º Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

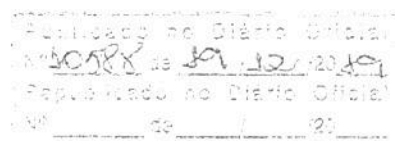
Curitiba, em 19 DEZ. de 2019, 198º da Independência e 131º da República.

CARLOS MASSA RATINHO JUNIOR
Governador do Estado

GUTO SILVA
Chefe da Casa Civil

REINHOLD STEPHANES
Secretário de Estado da Administração
e da Previdência

MGS/PD*



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 3749 de 19/12/2019** para exercer as atividades profissionais na 03ª Regional de Saúde de Ponta Grossa desta Secretaria de Estado da Saúde.

A candidata aprovada, apta para a vaga e nomeada pelo **Decreto nº 3749 de 19/12/2019** deverá entrar em contato e posteriormente comparecer no local indicado abaixo para tomar posse no cargo público e iniciar as atividades inerentes ao seu cargo/função.

Unidade SESA	Endereço e Telefone de Contato
03ª REGIONAL DE SAÚDE DE PONTA GROSSA	ENDEREÇO: Rua Paula Xavier, 743 CONTATO: (42) 3219-9823 - 08:00 às 12:00 e das 13:00 às 17:00 - Falar com Ana Valéria

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.

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.

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:



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