

GOVERNO DO ESTADO DO PARANÁ

DECRETO N.º 6542

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 17.128.216-0,

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 o cargo de Promotor de Saúde Execução, nas suas respectivas funções, do Quadro Próprio dos Servidores da Secretaria de Estado da Saúde – QPSS.

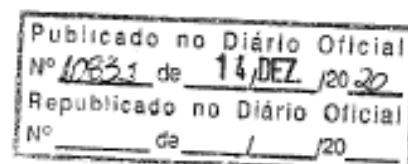
Art. 2º Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

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 6542

ANEXO ÚNICO DO DECRETO N.º 6542 /2020

LOCAL DE VAGA: CURITIBA

CARGO	FUNÇÃO	NOME	RG	UF	INSC.	CLASS.	CONC.
PSE	TÉCNICO ADMINISTRATIVO	CLAUDIO ANDRE DA SILVA JUNIOR	17560946	MG	288385	64	U
PSE	TÉCNICO DE ENFERMAGEM	ADONES DE SOUZA MENDES	383399802	SP	480360	120	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 nº 73/2016, nos termos do Art. 41 da Lei Estadual nº 6.174/1970 – Estatuto dos Servidores Cíveis do Estado do Paraná.

Os candidatos aptos nos exames médicos foram nomeados pelo **Decreto nº 6542 de 14/12/2020** para exercer as atividades profissionais nas Unidades desta Secretaria de Estado da Saúde.

Todos os candidatos aprovados, aptos para as vagas e nomeados pelo **Decreto nº 6542 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

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

ENSINO FUNDAMENTAL	ENTIDADE	SITUAÇÃO
ENSINO MÉDIO	ENTIDADE	SITUAÇÃO
CURSO TÉCNICO	ENTIDADE	SITUAÇÃO

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
-----------------	-------------------	-----------------

PÓS-GRADUAÇÃO

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 6542 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>	
DADOS PESSOAIS:		
<p>NOME: _____ RG nº _____ - _____ DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____ SEXO: MASCULINO [] FEMININO [] ENDEREÇO RESIDENCIAL: _____ MUNICÍPIO: _____ CEP: _____ - _____ FONE: () _____ ESTADO: _____</p>		
Cargo/emprego/função pública para nomeação/contratação: _____		
DADOS DO 1º CARGO/EMPREGO:		
<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>		
DADOS DO 2º CARGO/EMPREGO:		
<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>		
DECLARAÇÃO -		
<p>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>		
DECLARAÇÃO - CASO NÃO POSSUA OUTRO CARGO/EMPREGO/FUNÇÃO PÚBLICA		
<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>		
DEVERÁ SER PREENCHIDO PELO GRUPO OU PELA UNIDADE DE RECURSOS HUMANOS		
<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