

9 CONVOCAÇÃO

Esta é uma convocação da Secretaria de Estado da Saúde para sua posse e entrada em exercício nos cargos e funções do Concurso Público, referentes aos editais 114 e nº 115/2009 SEAP, nomeados por meio do Decreto nº 2664 de 14 de setembro de 2011.

Os candidatos nomeados para o município de Curitiba deverão comparecer no dia e horário abaixo estabelecidos para escolha de vagas entre as Unidades da Secretaria de Estado da Saúde.

Data: 05/10/2011 – 4ª Feira

Hora: 09:00 horas

Local: Auditório (Sala da Escola de Saúde) da Secretaria de Estado da Saúde
Rua Piquiri, 170 – esquina com a Rua Engenheiros Rebouças – Bairro Rebouças.

O candidato que não comparecer para a escolha de vagas, no dia e horário estabelecidos, ocupará a vaga que restou das escolhas desde que compareça até 14/10/2011 para posse.

O candidato nomeado para o município de **Londrina**, deverá entrar em contato com a **17ª Regional de Saúde de Londrina**, por meio do telefone **43 3379 6032 – Recursos Humanos**.

No dia estabelecido para a posse, o candidato deverá entregar a documentação exigida, de acordo com o cargo (agente de apoio/profissional) conforme relação em anexo e os formulários de Ficha Cadastral e Declaração de Acúmulo de Cargos devidamente preenchidos.

Esclarecemos que a jornada de trabalho dos servidores estaduais é de 40 horas semanais.

Assim, os candidatos nomeados para função de Enfermeiros que já possuem outro vínculo público deverão apresentar o comprovante oficial (Decreto, Resolução, Portaria, etc) constando jornada de trabalho não superior a 20 horas semanais. Declarações não serão aceitas.

A responsabilidade por estar no local e horário agendados para a posse com a documentação completa é integralmente do candidato.

RELAÇÃO DE DOCUMENTOS PARA POSSE

Nome _____ função _____

- **Agente de Apoio**

DOCUMENTO – ORIGINAL E FOTOCÓPIA0
Histórico Escolar do Ensino Fundamental – 1º grau
Certidão de nascimento ou casamento
Cédula de identidade
Título de Eleitor com comprovante de voto na última eleição
Certificado de Reservista ou dispensa de incorporação, se candidato do sexo masculino.
Duas fotos 3X4
Comprovante de tipagem sanguínea
Ficha Cadastral
Declaração de acúmulo de cargos
Cópia da última declaração de Imposto de renda e bens ou situação do CPF para isentos
Certidão de Nascimento de Filhos Menores
PIS/PASEP
Comprovante de Residência
CPF
Agência e conta bancária no Banco do Brasil
CNH – D (apenas para motoristas)
Comprovante do Curso de Condutores de Emergência reconhecido pelo DETRAN (Motorista/Ambulância)

Nome _____ função _____

- **Agente Profissional**

DOCUMENTO – ORIGINAL E FOTOCÓPIA
Diploma de Curso Superior com registro no MEC
Comprovante de Especialização
Certidão de nascimento ou casamento
Cédula de identidade
Título de Eleitor com comprovante de voto na última eleição
Certificado de Reservista ou dispensa de incorporação, se candidato do sexo masculino.
Registro no Conselho da Classe
Duas fotos 3X4
Comprovante de tipagem sanguínea
Ficha Cadastral
Declaração de acúmulo de cargos
Cópia da última declaração de Imposto de renda e bens ou situação do CPF para isentos
PIS/PASEP
Certidão de Nascimento de filhos menores
Comprovante de Residência
C P F
Agência e conta no Banco do Brasil

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 DEPEND. 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 DO CANDIDATO

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 CANDIDATO

1º GRAU - 1ª A 8ª ENSINO FUNDAMENTAL	ENTIDADE	SITUAÇÃO
2º GRAU ENSINO MÉDIO	ENTIDADE	SITUAÇÃO
CURSO TÉCNICO	ENTIDADE	SITUAÇÃO

3º GRAU (NÍVEL SUPERIOR)

NOME DE GRADUAÇÃO (SUPERIOR)	ANO DE CONCLUSÃO	
ENTIDADE	Nº REGISTRO DO DIPLOMA	ESTADO

3º GRAU (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	

Responsabilizo-me pela veracidade das informações prestadas na presente ficha de cadastro. Data _____ / _____ / _____ Assinatura do Contratado	Conferi, as informações constantes no presente documento. Data _____ / _____ / _____ Assinatura do GRHS

**ESTADO DO PARANÁ****GRUPO DE RECURSOS HUMANOS SETORIAL/SESA****DECLARAÇÃO DE ACÚMULO DE CARGO****DADOS PESSOAIS
CARGO A SER PROVIDO
NA SESA**

NOME: _____
RG: _____ CARGO: _____ FUNÇÃO: _____
DATA DE NASC: ____/____/____ IDADE: _____ SEXO: _____
ENDEREÇO RESID: _____ Nº: _____
BAIRRO: _____ MUNICÍPIO: _____ CEP: _____
FONE RESID : (____) _____ CEL:(____) _____ CONTATO:(____) _____

**SE NÃO EXERCER OUTRO
CARGO PÚBLICO**

DECLARO PARA FINS DE POSSE/ADMISSÃO, QUE NÃO EXERÇO CARGO, EMPREGO OU FUNÇÃO PÚBLICA REMUNERADA, EM OUTRO ÓRGÃO DA ADMINISTRAÇÃO DIRETA OU INDIRETA NO GOVERNO FEDERAL, ESTADUAL, MUNICIPAL, OU EM OUTROS PODERES DO ESTADO, RESPONSABILIZANDO-ME NA FORMA DA LEI PELA EXATIDÃO DA PRESENTE DECLARAÇÃO.

AO GRHS

EM ____/____/____

ASSINATURA**IDENTIFICAÇÃO DOS EMPREGOS/CARGOS/FUNÇÕES QUE EXERCE NO SERVIÇO PÚBLICO
EM OUTROS ÓRGÃOS**

ÓRGÃO: _____ FONE:(____) _____
ENDEREÇO: _____ Nº _____
DATA DE ADMISSÃO: ____/____/____ HORÁRIO _____ CARGA HORÁRIA SEMANAL: _____
CARGO: _____ FUNÇÃO: _____ SETOR: _____
 ATIVO INATIVO OUTROS
DISCIPLINAS (p/ magistério): _____

ÓRGÃO: _____ FONE:(____) _____
ENDEREÇO: _____ Nº _____
DATA DE ADMISSÃO: ____/____/____ HORÁRIO _____ CARGA HORÁRIA SEMANAL: _____
CARGO: _____ FUNÇÃO: _____ SETOR: _____
 ATIVO INATIVO OUTROS
DISCIPLINAS (p/ magistério): _____

ÓRGÃO: _____ FONE:(____) _____
ENDEREÇO: _____ Nº _____
DATA DE ADMISSÃO: ____/____/____ HORÁRIO _____ CARGA HORÁRIA SEMANAL: _____
CARGO: _____ FUNÇÃO: _____ SETOR: _____
 ATIVO INATIVO OUTROS
DISCIPLINAS (p/ magistério): _____

DECLARO QUE AS INFORMAÇÕES ACIMA PRESTADAS SÃO VERDADEIRAS, RESPONSABILIZANDO-ME NA FORMA DA LEI PELA EXATIDÃO DA PRESENTE DECLARAÇÃO EM RELAÇÃO AOS VINCULOS ACIMA INFORMADOS.

AO GRHS

EM ____/____/____

VISTOGRHS/SETOR DE PESSOAL_____
DECLARANTE/SERVIDOR