

CONVOCAÇÃO

Esta é uma convocação da Secretaria de Estado da Saúde para posse e entrada imediata em exercício nos cargos de Agente Profissional, Agente de Execução e Agente de Apoio do Concurso Público, referente aos editais n° 114, 115 e 127/2009 - SEAP.

Os candidatos aptos nos exames médicos foram nomeados pelos **Decretos n° 9539, 9574 e 9576 de 06/12/2013** para exercerem atividades profissionais nas unidades desta Secretaria de Estado.

Para a posse no cargo, o candidato deverá entregar:

- a) documentação exigida, de acordo com o cargo (Agente Profissional, Agente de Execução e Agente de Apoio), conforme relação em anexo;
- b) Ficha Cadastral preenchida;
- c) Declaração de Acúmulo de Cargos preenchida.

Os candidatos nomeados deverão entrar em contato com as respectivas unidades para informação do local para comparecimento:

UNIDADES	Telefone de Contato
1ª REGIONAL DE SAÚDE DE PARANAGUÁ	Endereço: Avenida Coronel José Lobo, 547 - Costeira Fone: (41) 3420-6650 Contato: Lucimar
3ª REGIONAL DE SAÚDE DE PONTA GROSSA	Endereço: Rua Paula Xavier, 743 em frente à Santana Unimed Fone: (42) 3219-9817, 3219-9815, 3219-9823 Contato: Denise e Idamara
4ª REGIONAL DE SAÚDE DE IRATI	Endereço: Rua Dr. Munhoz da Rocha, 244 – Centro Fone: (42) 3423 24 00 – Ramal 222 Contato: Juliana Menon
5ª REGIONAL DE SAÚDE DE GUARAPUAVA	Endereço: Rua Vicente Machado, 1109 – Centro Fone: (42) 3621 3627 Contato: Cleide
6ª REGIONAL DE SAÚDE DE UNIÃO DA VITÓRIA	Endereço: Rua Marechal Floriano Peixoto, 180 – Centro (antigo Shopping) Fone: (42) 3521 1754 Contato: Andréa Quandt
7ª REGIONAL DE SAÚDE DE PATO BRANCO	Endereço: Rua Tapajós, 470 – Centro Fone: (46) 3309 2421 Contato: Chrislaine

8ª REGIONAL DE SAÚDE DE FRANCISCO BELTRÃO	Endereço: Romeu Lauro Werlang, 521 – Centro Fone: (46) 3524 3300 Contato: Jauri
9ª REGIONAL DE SAÚDE DE FOZ DO IGUAÇU	Endereço: Rua Santos Dumont, 560 – Centro Fone: (45) 3545 7120/3545 7114 Contato: Deraldo e Luzia
10ª REGIONAL DE SAÚDE DE CASCAVEL	Endereço: Av. Tancredo Neves, 1453 (esquina com Rua Cuiabá) Fone: (45) 33215536 ou 33215537 Contato: Eliza
11ª REGIONAL DE SAÚDE DE CAMPO MOURÃO	Endereço: Rua: Mamborê, 1500 Fone: (44) 35231844 ramal 220 Contato: Cristiane Michalski Gradella
12ª REGIONAL DE SAÚDE DE UMUARAMA	Endereço: Rua Ministro Oliveira Salazar, 4150 – Centro Fone: (44) 3621 8205 Contato: Silvia
13ª REGIONAL DE SAÚDE DE CIANORTE	Endereço: Praça da República, 71 – Centro Fone: (44) 3629 1529 Contato: João Carlos Vieira
14ª REGIONAL DE SAÚDE DE PARANAVAÍ	Endereço: Rua Bahia, 17 – Centro Fone: (44) 3423 3500 Contato: Roseli
15ª REGIONAL DE SAÚDE DE MARINGÁ	Endereço: Avenida Herval, 1.024 - Centro (próximo ao Estádio Willie Davids) Fone: (44) 3261-6243 e 3261-642 Contato: Lucilia/ Leandra e Rosana
16ª REGIONAL DE SAÚDE DE APUCARANA	Endereço: Rua Ozório Ribas, 435 – Centro Fone: (43) 3420 2907 Contato: Ana Lucia
17ª REGIONAL DE SAÚDE DE LONDRINA	Endereço: Rua Piauí, nº 75, Centro Fone: (43) 3379-6034 ou 6032 Contato: Gina, Eliane ou Leonardo
18ª REGIONAL DE SAÚDE DE CORNÉLIO PROCÓPIO	Endereço: Rua Justino Marques Bonfim, 27 Fone: (43) 3520-3523 Contato: Lucimara da Silva Ramos
19ª REGIONAL DE SAÚDE DE JACAREZINHO	Endereço: Rua: Paraná, nº 581 - centro Fone: (43) 3511-1134 ou 3511-1127 Contato: Letícia Vasconcelos Carneiro ou Denise Maria Toledo de Souza Dias

20ª REGIONAL DE SAÚDE DE TOLEDO	Endereço: Rua Rui Barbosa, 1858 – Centro Fone: (45) 3379 6906 Contato: Sirlei
21ª REGIONAL DE SAÚDE DE TELÊMACO BORBA	Endereço: Av. Samuel Klabin, 741 – Centro Fone: 3273 3311 Ramal: Administração Contato: Fátima
22ª REGIONAL DE SAÚDE DE IVAIPORÃ	Endereço: Rua Mato Grosso, 780 – Centro Fone: (43) 3472 4343 Contato: Lucilene
HOSPITAL LUIZA BORBA CARNEIRO TIBAGI	Endereço: Rua Frei Gaudencio 417 Contato: Sebastião Pupo Martins Fone: 42-3275-1282/3275-2501
HOSPITAL REGIONAL DE FRANCISCO BELTRÃO	Endereço: Rodovia Contorno Leste, 200, Bairro Água Branca Fone: (46) 3520 9200 Contato: Mauro
HOSPITAL DE DERMATOLOGIA SANITÁRIA/PIRAQUARA	Endereço: Av. Brasília, nº 1115, Bairro Jardim Esmeralda - Piraquara Fone : (41) 35898904 e 41-35898910 . Contato : Sra. Soleide Sauerbier
HOSPITAL REGIONAL DA LAPA	Endereço: Rodovia do Xisto Km 196 Contato: Miramar Fone: (41) 3547-8833
HOSPITAL ADAUTO BOTELHO/PINHAIS	Endereço: Rua Ivone Pimentel, nº 1.639 - Parque das Nascentes Contato: Marta Fone: (41) 3661 6600 Horário: 08:30 horas Ônibus Utilizado: Pousada Ponto: Terminaldo Guadalupe
HOSPITAL REGIONAL DE GUARAQUEÇABA	Endereço: Av. Ararapira, S/Nº Fone: (41) 3482 8181 Contato: Luciano
HOSPITAL REGIONAL DO LITORAL DE PARANAGUÁ	Hospital Regional do Litoral Rua Getúlio Vargas, 222 – Bairro Palmital Fone 41 3420 7413/3420 7418 Contato: Osires

Os candidatos nomeados para as demais unidades/municípios do Estado devem comparecer dentro do prazo de 30 dias da data do Decreto da respectiva nomeação diretamente nas Unidades/Municípios correspondentes indicados no quadro acima.

Os candidatos **nomeados para o município de Curitiba** deverão comparecer no endereço abaixo, dias e horários determinados, de acordo com o cargo do concurso, para escolha de vagas internas:

Local: Auditório do Centro de Medicamentos do Paraná – CEMEPAR – ao lado da sede da Secretaria de Estado de Ciência, Tecnologia e Ensino Superior.

Endereço: Rua Lothário Meissner, 102 - Jardim Botânico - Curitiba/PR

Fone: 3330 4328/ 3330 4354/ 3330 4368 – GRHS SESA

AGENTE DE APOIO

Data: 18/12/2013

Horário: 08:30 horas

AGENTE DE EXECUÇÃO

Data: 18/12/2013

Horário: 14:30 horas

AGENTE PROFISSIONAL

Data: 19/12/2013

Horário: 08:30 horas

A responsabilidade por estarem nos locais e horários agendados para a posse com a documentação completa é integralmente dos candidatos.

O comparecimento fora desse prazo não permite o deferimento da posse e exercício, sendo considerado desistente do Concurso Público.

RELAÇÃO DE DOCUMENTOS

- **Agente Profissional**

Função_____

Candidato_____

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
02 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 (OBRIGATÓRIA NO ATO DA POSSE)

RELAÇÃO DE DOCUMENTOS

- **Agente de Execução**

Função: _____

Candidato: _____

DOCUMENTO – ORIGINAL E FOTOCÓPIA	SIM	NÃO
Histórico Escolar do Ensino Médio – 2º grau e Diploma registrado no MEC curso de nível técnico		
Registro no Conselho da Classe – para as funções que exigem		
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		
02 fotos 3X4		
Comprovante de tipagem sanguínea		
Ficha Cadastral		
Declaração de acúmulo de cargos		
Cópia da última declaração de renda e bens ou situação do CPF na Receita Federal		
PIS/PASEP		
Comprovantes filhos menores		
Comprovante de Residência		
CPF		
Agência e conta no Banco do Brasil (OBRIGATÓRIA NO ATO DA POSSE)		

RELAÇÃO DE DOCUMENTOS

- **Agente de Apoio**

Função: _____

Candidato: _____

DOCUMENTO – ORIGINAL E FOTOCÓPIA	SIM	NÃO
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.		
02 fotos 3X4		
Comprovante de tipagem sanguínea		
Ficha Cadastral		
Declaração de acúmulo de cargos		
Cópia da última declaração de renda e bens		
Comprovante 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)		

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

ENSINO FUNDAMENTAL 1º GRAU - 1ª A 8ª	ENTIDADE	SITUAÇÃO
---	----------	----------

ENSINO MÉDIO-2º GRAU	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

DADOS
PESSOAI
S

CARGO
A SER
PROVID
O NA
SESA



OUTRO
CARGO
PÚBLICO

SE NÃO
EXERCE
R

ESTADO DO PARANÁ

GRUPO DE RECURSOS HUMANOS SETORIAL/SESA

DE ACÚMULO DE CARGO

NOME: _____

RG: _____ CARGO: _____ FUNÇÃO: _____

DATA DE NASC: ____/____/____ IDADE: _____ SEXO: _____

ENDEREÇO RESID: _____ Nº: _____

BAIRRO: _____ MUNICÍPIO: _____ CEP: _____

FONE RESID : (____) _____ CEL:(____) _____ CONTATO:(____) _____

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

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

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.