



EDITAL DE CONVOCAÇÃO Nº 006/17

O Prefeito Municipal de Guarapuava, Estado do Paraná, usando das atribuições que lhe são conferidas por Lei, e atendendo o contido no Edital nº 001/2017 do **Processo Seletivo Simplificado**, CONVOCA os candidatos classificados para as funções abaixo relacionadas, a comparecerem no período de **16/08/2017 à 25/08/2017**, no Setor de Perícia Médica – Rua Capitão Frederico Virmond, nº 1913 - Centro - Antigo Fórum, munidos do Atestado de Saúde, conforme **Anexo II** e demais documentos constantes no **anexo III**, para realizarem avaliações médicas pré-admissionais e caso estejam aptos, deverão comparecer no Departamento de Pessoal do Município, para assumir suas funções. A escolha de vagas será realizada no dia **18/08/2017 às 08 horas na Secretaria Municipal de Saúde**, conforme **anexo I**.

FUNÇÃO: AUXILIAR DE SAÚDE BUCAL

Clas.	Nº INSCRIÇÃO	NOME CANDIDATO	RG	CPF	DATA NASCIMENTO	NOTA
1	48	ANDRESSA CORREA DOS SANTOS	110469098	07871859900	03/07/1991	90
2	113	ANDREIA DOS SANTOS	76044058	03158556901	28/02/1980	80
3	224	SILVANA DE BARROS	82784608	04292287910	22/01/1983	80
4	325	CLERI PEDROSO SOUTO	35571574	48544248934	01/12/1961	70
5	353	MARIA NEUZA DE ANDRADE	56294457	74750496987	21/10/1966	70
6	15	VERA DE MIRANDA	7. 569. 5985	02110517999	01/08/1977	70

FUNÇÃO: CIRURGIÃO DENTISTA

Clas.	Nº INSCRIÇÃO	NOME CANDIDATO	RG	CPF	DATA NASCIMENTO	NOTA
1	235	MAGDA KIYOKO YAMADA KAWAKAMI	6061740-6	02479455955	07/08/1974	100
2	182	MARA LUCIANI LACOSKI	48806155	69678618915	30/10/1970	90
3	7	SIDINEI DAS GRAÇAS RODRIGUES BITTENCOURT	58484709	01784202983	10/08/1973	90
4	52	ISABELA COSTA GRATTÃO	6537671-7	00720669979	15/09/1979	90
5	344	HELONISE VIRMOND HAICK MINARDI	60245150	02918376973	12/03/1980	90
6	379	SUIRÊ BERNARDI	5248880	07275568942	26/05/1988	90
7	99	BRUNA CARLA KARPINSKI	94113164	08755687938	31/12/1991	88
8	226	TICIANNE BORGES TEIXEIRA	72690699	00866552995	16/01/1982	80
9	3	EDUARDO HAMM	69079466	04298067955	23/02/1982	80

Candidato com deficiência

FUNÇÃO: CIRURGIÃO DENTISTA

Clas.	Nº INSCRIÇÃO	NOME CANDIDATO	RG	CPF	DATA NASCIMENTO	NOTA
01	378	CELIO RENATO MACHADO	1947281	30396620906	30/01/1961	60

FUNÇÃO:MÉDICO GENERALISTA DE ESF

Clas.	nº INSCRIÇÃO	NOME CANDIDATO	RG	CPF	DATA NASCIMENTO	NOTA
1	280	JOEL AGOSTINHO GHIRALDI DARTE	63249475	02641187906	15/12/1979	90
2	17	YURIAN DOPAZO HERNANDEZ	V9568776	06573756169	22/03/1981	90
3	21	IVANA SESAR DOUVERNY	406255660	33836097826	18/10/1985	90
4	323	ANDRE SALIBA	4621426-9	72916842934	02/07/1971	80
5	145	BRUNELLA BRITO SCHERRER DE PAULA	2271446-ES	05939030726	13/11/1992	80

O não comparecimento no prazo pré-estabelecido implica na tácita aceitação da desistência da vaga, bem como, de todos os direitos decorrentes de sua aprovação no Processo Seletivo, sem posterior recurso.

Guarapuava, 15 de Agosto de 2017.

CASAR AUGUSTO CAROLLO SILVESTRI FILHO
Prefeito Municipal

ANEXO I

FUNÇÃO: AUXILIAR DE SAÚDE BUCAL

LOCAL	VAGAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE	
UBS Colibri	01
UBS Campo Velho	01
UBS Jardim Araucária	01
UBS Rio das Pedras	01
UBS Jardim das Américas	01
UBS Vila Bela	01
TOTAL	06

FUNÇÃO: CIRURGIÃO DENTISTA

LOCAL	VAGAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE	
UBS Tancredo Neves	01
UBS Campo Velho	01
UBS Colibri	01
UBS Residencial 2000	01
UBS Xarquinho2	01
UBS Primavera	01
UBS Guairacá	01
UBS Xarquinho	01
UBS Jardim das Américas	01
Odontomóvel	01
TOTAL	10
Deficientes	01

FUNÇÃO: MÉDICO GENERALISTA DE ESF

LOCAL	VAGAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE	
UBS Vila Bela	01
UBS Boqueirão	01
UBS Santa Cruz	01
UBS Planalto	01
UBS Entre Rios II	01
TOTAL	05

ANEXO II

FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO MÉDICA

Nome do candidat(a)o: _____

1. FUNÇÃO: ()AUXILIAR DE SAÚDE BUCAL ()CIRURGIÃO DENTISTA () MÉDICO GEN. DE ESF

1-) É portador de alguma afecção incapacitante para função que vai exercer?

2-) Já realizou tratamentos médicos anteriores? Para qual motivo? Por quanto tempo?

3-)Necessitou ficar em auxílio-doença, por motivo de doença clínica ou psiquiátrica?

4-) A candidata (o) apresenta sinais ou sintomas de doença clínica ou psiquiátrica que limite ou incapacite de exercer a função?

Guarapuava, ____/____/____ -

Assinatura do Médico e Carimbo

ANEXO III

DOCUMENTOS PARA REGISTRO

- Carteira de Trabalho.
- Certificado Militar (**Fotocópia**).
- Título de Eleitor e o último comprovante de votação (**Fotocópia autenticada**).
- Cédula de Identidade (**Fotocópia autenticada**).
- C.P.F. (**Fotocópia autenticada**).
- Extrato do NIS – Retirar na Caixa Econômica.
- Certidão de Casamento / Nascimento (**Fotocópia**).
- Certidão de Nascimento dos Filhos até 14 anos (**Fotocópia**).
- Diploma ou Certificado para Ensino Superior Área de Atuação, Histórico Escolar e Certificado do Ensino Fundamental ou Médio (**Fotocópia autenticada**).
- Carteira do Conselho para Profissões Regulamentadas (**Fotocópia autenticada**).
- 02 Fotos 3x4 – Recente.
- Comprovante de Residência com CEP (**Fotocópia**).
- Declaração de Imposto de Renda.
- Nº de Conta- Banco Santander.