



EDITAL DE CONVOCAÇÃO Nº 001/18

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 **08/01/2018 à 17/01/2018**, 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.

FUNÇÃO: AUXILIAR DE SAÚDE BUCAL

Clas.	Nº INSCRIÇÃO	NOME CANDIDATO	RG	CPF	DATA NASCIMENTO	NOTA
17	100	MARILIZE APARECIDA FERREIRA	130435823	09250474903	05/05/1993	70

FUNÇÃO: CIRURGIÃO DENTISTA

Clas.	nº INSCRIÇÃO	NOME CANDIDATO	RG	CPF	DATA NASCIMENTO	NOTA
14	211	DANIELE MENEGASSI PESTANA	108328150	07962875976	06/07/1989	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, 05 de janeiro de 2018.

CESAR AUGUSTO CAROLLO SILVESTRI FILHO
Prefeito Municipal

ANEXO I

FUNÇÃO: AUXILIAR DE SAÚDE BUCAL

LOCAL	VAGAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE	
Odonto Móvel	01
TOTAL	01

FUNÇÃO: CIRURGIÃO DENTISTA

LOCAL	VAGAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE	
Xarquinho I	01
TOTAL	01

ANEXO II

FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO MÉDICA

Nome do candidato (a): _____

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.