



EDITAL DE CONVOCAÇÃO Nº 011/18

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 **30/07/2018 a 08/08/2018**, 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. **A escolha de vagas será realizada no dia 31/08/2018, às 9 h na Secretaria Municipal de Saúde, conforme anexo I.**

FUNÇÃO: AUXILIAR DE SAÚDE BUCAL

Clas.	Nº INSCRIÇÃO	NOME CANDIDATO	RG	CPF	DATA NASCIMENTO	NOTA
21	32	KEZIA GARCIA GONÇALVES	126874340	08467385979	23/11/1994	70
22	14	JOICIANE LECHUK PORTELA	106624496	08543659906	15/12/1994	70
23	374	INGRID MICHELLY KERNICKEI	107743626	09022601978	02/03/1995	70

FUNÇÃO: CIRURGIÃO DENTISTA

Clas.	nº INSCRIÇÃO	NOME CANDIDATO	RG	CPF	DATA NASCIMENTO	NOTA
23	340	LUANA CRISTINA DE MATOS	106223513	07609847941	15/08/1992	80
24	102	ALINE DE AVILA COSTA	94304741	08352869914	19/08/1992	80
25	193	LAÍNA VOCHIKOVSKI	109303810	07040488922	07/10/1992	80
26	188	LARISSA MACIEL COSTA	99708174	08788127923	07/12/1992	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, 27 de julho de 2018.

CESAR AUGUSTO CAROLLO SILVESTRI FILHO
Prefeito Municipal

ANEXO I

FUNÇÃO: AUXILIAR DE SAÚDE BUCAL

LOCAL	VAGAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE	
ESF Colibri	01
ESF Xarquinho II	01
ESF Planalto	01
TOTAL	03

FUNÇÃO: CIRURGIÃO DENTISTA

LOCAL	VAGAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE	
ESF Colibri	01
ESF Xarquinho I	01
ESF Xarquinho II	01
ESF Planalto	01
TOTAL	04

ANEXO II

FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO MÉDICA

Nome do candidato (a): _____

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

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 – PAB Prefeitura.