



EDITAL DE CONVOCAÇÃO Nº 010/2020

O Prefeito Municipal de Guarapuava, Estado do Paraná, usando das atribuições que lhe são conferidas por Lei, conforme solicitação no Memorando nº 77/2020 – Secretaria Municipal de Saúde e atendendo o contido no **Chamamento nº 001.2020**, CONVOCA os candidatos classificados para as funções abaixo relacionadas, a comparecerem no período de **06/07/2020 a 10/07/2020**, no Setor de Perícia Médica – Rua Capitão Frederico Virmond, nº 1913 - Centro - Antigo Fórum, munidos da Autodeclaração constante do **Anexo III**, para realizarem avaliação médica pré-admissional e caso estejam aptos, deverão comparecer no Departamento de Pessoal do Município, acompanhados da documentação constante no **Anexo II**, para assumirem suas funções, até **13/07/2020**. A escolha de vagas será realizada no dia **08/07/2020 às 9h para a função de ENFERMEIRO e às 10h para a função de TÉCNICO DE ENFERMAGEM, na Secretaria Municipal de Saúde**, localizada na Rua das Dálias, n.º 200 - Trianon, conforme **Anexo I**.

FUNÇÃO: ENFERMEIRO

CLAS.	Nº INSCRIÇÃO	DATA INSCRIÇÃO	NOME COMPLETO	RG	CPF
8	12	13/04/2020 13:02:11	MARCELO FENSTERSEIFER	82014039	052.930.089-35
9	13	13/04/2020 13:02:20	JESSICA BRENDA	5213979	018.247.582-43
10	14	13/04/2020 13:02:20	TIAGO PAULA GUEDES	89650471	047.593.969-77
11	15	13/04/2020 13:02:22	MAYCON ROGERIO SELEGHIM	91938782	065.085.269-95
12	17	13/04/2020 13:02:27	LEILA DE FÁTIMA SANDMANN DAL SANTOS	72873700	005.671.799-74
13	19	13/04/2020 13:02:29	GABRIELE SOARES	88513070	066.728.839-24
14	21	13/04/2020 13:02:34	LUCIANE B N JESUS	83861940	055.535.889-52

DEFICIENTES: (*)

CLAS.	Nº INSCRIÇÃO	DATA INSCRIÇÃO	NOME COMPLETO	RG	CPF
2	330	13/04/2020 16:22:17	JHENIFFER SUELEN PIRES	103418259	063.434.279-70



FUNÇÃO: TÉCNICO DE ENFERMAGEM

CLAS.	Nº INSCRIÇÃO	DATA INSCRIÇÃO	NOME COMPLETO	RG	CPF
22	104	13/04/2020 13:07:16	ANA BEATRIZ FAGUNDES	105074441	112.834.209-02
23	108	13/04/2020 13:07:35	RENATO SCHMIDT FERREIRA	68322588	020.461.979-33
24	114	13/04/2020 13:08:54	CIRLENE APARECIDA GONÇALVES	97075204	071.049.539-06
25	120	13/04/2020 13:09:31	REGIANE APARECIDA LEJANOSKI	6935808-0	027.030.139-90
26	122	13/04/2020 13:10:05	FRANÇOISE SILVESTRIN	68504730	016.168.699-09
27	133	13/04/2020 13:11:29	MARIA ILDA PRESTES	45806448	647.729.509-15
28	134	13/04/2020 13:11:44	ELOISA DO ROCIO TANNER PEREIRA	43291173	772.357.629-34
29	136	13/04/2020 13:11:57	KATIA KNEBEL RUCKER	5083799659	003.269.120-37
30	137	13/04/2020 13:12:39	JOSIANE DA SILVA KNAPP	90259962	054.320.119-80
31	138	13/04/2020 13:12:57	LIDIA BENTO DA SILVA	58593028	607.137.209-72
32	140	13/04/2020 13:13:15	LÍDIA ROSA SAMPAIO MARTINS	2133112	029.901.839-30
33	142	13/04/2020 13:14:09	MARIA REGINA DOS SANTOS	9877899-9	055.452.299-30
34	144	13/04/2020 13:14:41	JOELMA DE FÁTIMA OLIVEIRA FERREIRA	79734705	035.752.109-93
35	145	13/04/2020 13:14:41	MARILDA SIRICHUKI	52152801	742.323.049-91

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, 01 de julho de 2020.

CESAR AUGUSTO CAROLLO SIVESTRI FILHO
Prefeito Municipal



ANEXO I

RELAÇÃO DE VAGAS FUNÇÃO: ENFERMEIRO

LOCAL	VAGAS
Departamento de Atenção a Saúde (Unidades Básicas de Saúde)	05
Unidades de Pronto Atendimento	03
TOTAL	08

RELAÇÃO DE VAGAS FUNÇÃO: TÉCNICO DE ENFERMAGEM

LOCAL	VAGAS
Departamento de Atenção a Saúde (Unidades Básicas de Saúde)	08
Unidades de Pronto Atendimento	06
TOTAL	14



ANEXO II

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**).
- C.P.F Filhos menores (**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 Regional da categoria.
- 02 Fotos 3x4 – Recente.
- Comprovante de Residência com CEP (**Fotocópia**).
- Declaração de Imposto de Renda.
- Nº de Conta- Banco Santander – PAB Prefeitura (anexo ao Paço Municipal).



ANEXO III

Eu,, Portador do RG nº e
CPF nº....., auto declaro que me encontro em perfeitas condições de saúde física e mental, para prestação das
atividades que vou exercer perante a Secretaria Municipal de Saúde do Município de Guarapuava, na função
de..... e não estou sujeito as regras previstas no incisos: I, II e III do art. 9º do Decreto
Municipal nº 7815/2020.

Guarapuava,/...../2020.

.....