



### EDITAL DE CONVOCAÇÃO Nº 017/2020

O Prefeito Municipal de Guarapuava, Estado do Paraná, usando das atribuições que lhe são conferidas por Lei, conforme solicitação no Memorando nº 5.413/2020 – Secretaria Municipal de Saúde e atendendo o contido no **Chamamento nº 001.2020**, CONVOCA a candidata classificada para a função abaixo relacionada, a comparecer no período de **14/10/2020 a 19/10/2020**, no Setor de Perícia Médica – Rua Capitão Frederico Virmond, nº 1913 - Centro - Antigo Fórum, munida da Autodeclaração constante do **Anexo III**, para realizar avaliação médica pré-admissional e caso esteja apta, deverá comparecer no Departamento de Pessoal do Município, acompanhada da documentação constante no **Anexo II**, para assumir suas funções, até **19/10/2020**

#### FUNÇÃO: TÉCNICO DE ENFERMAGEM

CLAS.	Nº INSCRIÇÃO	DATA INSCRIÇÃO	NOME COMPLETO	RG	CPF
52	202	13/04/2020 13:43:06	JENNIFFER BERNADETE DE OLIVEIRA	105895100	085.106.069-27

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, 14 de outubro de 2020.

**CESAR AUGUSTO CAROLLO SIVESTRI FILHO**  
Prefeito Municipal



---

**ANEXO I**

**RELAÇÃO DE VAGAS FUNÇÃO: TÉCNICO DE ENFERMAGEM**

<b>LOCAL</b>	<b>VAGAS</b>
Departamento de Atenção à Saúde e/ou Unidades de Pronto Atendimento.	01
<b>TOTAL</b>	<b>01</b>



---

## 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.

.....