

EDITAL DE CONVOCAÇÃO Nº 003/2018

O **PREFEITO MUNICIPAL DE PINHÃO, ESTADO DO PARANÁ**, no uso de suas atribuições legais **CONVOCA** os candidatos citados e relacionados no **ANEXO I**, parte integrante desta **CONVOCAÇÃO**, para realização de curso de qualificação, exames médicos e apresentação de documentos, conforme especificação abaixo:

1. Os candidatos constantes do **ANEXO I** aprovados para o cargo de Agente Comunitário de Saúde – ACS, ficam **CONVOCADOS** para comparecerem no PACS - Centro Municipal de Saúde, situado na Rua Expedicionário Amarelo, 100 – Centro, de **11 a 15 de Junho de 2018**, no horário das 08 horas, para realizar curso introdutório de formação inicial e continuada de ACS, nos termos do item 1.2 do Edital n.º001/2014, devendo apresentar ao Departamento Pessoal o certificado de conclusão do curso com 100% (cem por cento) de freqüência quando do término da capacitação.

2. Os candidatos constantes do **ANEXO I** ficam **CONVOCADOS** para a realização de Exame Médico Admissional, laboratorial, de imagem e avaliação psiquiátrica, **os quais serão custeados pelos mesmos**, devendo apresentar Laudo Médico emitido por Médico especialista em Medicina do Trabalho juntamente com os documentos relacionados no Anexo III deste Edital, junto ao Departamento de Pessoal e Recursos Humanos, no período de **18 e 19 de Junho de 2018**, no horário das 8h30m às 11h30 e das 13h00m às 14h00m.

2.1 O exame médico admissional, laboratorial, de imagem e avaliação psiquiátrica consistem:

- a) Clínico
- b) Hemograma completo
- c) Glicemia: Jejum
- d) Glicemia: Pós-prandial (após o almoço)
- e) Hepatite "B" (HBS - Ag)
- f) Hepatite "C" (ANTI _ HCV)
- g) Radiografia de Coluna (Cervical, Dorsal e Lombar) PA e Perfil com laudo assinado pelo médico radiologista;
- h) Parecer especializado, em formulário próprio, via Avaliação Psiquiátrica, conforme **ANEXO II**.

3. Todos os candidatos nominados e constantes do **ANEXO I**, que não comparecerem no prazo fixado nesta **CONVOCAÇÃO** estarão **AUTOMATICAMENTE ELIMINADOS**, conforme consta do edital não cabendo qualquer reclamação com pedido de reclassificação ou revisão à lista de classificação geral do Concurso para Emprego Público. Neste caso, o Poder Público poderá chamar novos candidatos, obedecida a ordem de classificação para cada função, o que será feito através de outra **CONVOCAÇÃO**, com a publicidade usual.

Pinhão, 06 de Junho de 2018.

ODIR ANTONIO GOTARDO
PREFEITO MUNICIPAL

ANEXO I

AGENTES COMUNITÁRIO DE SAÚDE

ACS – SÃO JOÃO

INSC.	NOME	NASC.	LP	MAT	CG-LEG	CE	PE	CLASSIF.
417272	ALINE DA SILVA ARAUJO	06/09/1989	16,00	6,00	16,00	20,00	58,00	6º

ANEXO II

FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO PSIQUIÁTRICA

Nome do candidato(a): _____

Cargo: _____

1) Tem história familiar de doenças psiquiátricas?

2) Já fez uso de psicofármacos? Para qual motivo? Por quanto tempo?

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

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

Pinhão, _____ / _____ / _____

Assinatura do Médico Psiquiatra e Carimbo

ANEXO III

Relação dos Documentos que deverão ser apresentados pelo candidato convocado:

1. 02 (duas) fotos 3X4, colorida e recente;
2. Carteira de Trabalho Profissional – CTPS, original e cópia;
3. Cópia da Carteira de Identidade – RG;
4. Cópia do Cadastro de Pessoa Física – CPF;
5. Cópia do Título de Eleitor com o comprovante de votação da última eleição ou Certidão de Regularidade com a Justiça Eleitoral;
6. Cópia do Comprovante de Regularidade da Situação Militar, se do sexo masculino;
7. Cópia do Cartão de Inscrição no PIS/PASEP;
8. Cópia da Certidão de nascimento/casamento;
9. Cópia da Certidão de nascimento de dependentes menores de 18 (dezoito) anos;
10. Cópia do Comprovante de residência atualizado (conta de luz, água, telefone ou outro documento idôneo), observado o item 1.4 do Edital de Abertura n.º 001/2014;
11. Cópia do Certificado e/ou Diploma de Escolaridade exigido para a função em que foi inscrito e aprovado, conforme item 1.1 do Edital de Abertura n.º 001/2014;
12. Laudo médico que ateste a aptidão física e mental para o exercício da função, conforme item 1.2 e 1.3 do Edital de Convocação n.º 001/2014;
13. Certificado do Curso introdutório de formação inicial e continuada de ACS, nos termos do item 1.2 do Edital n.º 001/2014, com 100% (cem por cento) de frequência, somente para os candidatos ao cargo de **Agente Comunitário de Saúde**;
14. Declaração Negativa de Demissão por Justa Causa do Serviço Público, observado item 2.6 do Edital de Abertura n.º 001/2014, conforme Anexo IV;
15. Certidão Negativa de Ações Cíveis e Criminais;
16. Declaração Negativa de Acúmulo de Cargos Públicos e de Acúmulo de Benefício conforme disposto no art. 37, § 10 da C.F., conforme Anexo V;
17. Certidão Negativa de Tributos Municipais;
18. Número da Agência e conta bancária.

ANEXO IV

DECLARAÇÃO NEGATIVA DE DEMISSÃO POR JUSTA CAUSA

Eu, _____
_, abaixo assinado, portador(a) do RG n° _____, e do
CPF sob o n° _____, **DECLARO(A)** para fins de posse no
cargo de _____, **QUE NÃO FUI**, demitido(a)
por justa causa em decorrência de processo administrativo ou criminal do Serviço Público Federal,
Estadual ou Municipal, da administração direta ou indireta, e que não me encontro respondendo a
nenhum processo dessa natureza.

DECLARO ainda, ter ciência de que a não veracidade da informação prestada poderá acarretar
responsabilização civil, penal e administrativa, gerando as conseqüências previstas em lei.

Pinhão, _____ de _____ de _____.

Declarante

ANEXO V

DECLARAÇÃO NEGATIVA DE ACÚMULO DE CARGOS PÚBLICOS E DE ACÚMULO DE BENEFÍCIO

Eu, _____, portador(a) do RG nº _____ e inscrito no CPF sob o nº _____, atendendo ao disposto no Art.37, § 10 da Constituição Federal, DECLARO para os devidos fins, que não recebo benefício e/ou proventos de aposentadoria não exerço cargo, emprego ou função pública cuja acumulação seja vedada.

() No caso de percepção de benefício decorrente de outra aposentadoria ou de outro cargo ou emprego público, indicar qual, para fins de aferição da compatibilidade com o Art. 37, incisos XVI e XVII da Constituição Federal.

Pinhão - PR, ____ de _____ de _____.

Declarante