



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

CEP 86820-000 – Califórnia - Paraná

E-mail: saudecalifornia@hotmail.com

Fone: (043) 3429-1876 e (043) 3429-1975

EDITAL N.º 079/2021

O Município de Califórnia, Estado do Paraná, através do Prefeito, o Senhor PAULO WILSON MENDES e da Comissão Especial de Seleção do PSS, nomeada pelo Decreto nº 228~~139~~/2021, juntamente com a Secretaria Municipal de Saúde, nos termos da autorização legal da Lei Municipal nº 1885/2021, **TORNA PÚBLICO O PRESENTE EDITAL**, que estabelece instruções destinadas à realização deste **PROCESSO SELETIVO SIMPLIFICADO – PSS** visando a contratações temporárias para exercer a função de **ENFERMEIRO** para atender à necessidade temporária de excepcional interesse público, de acordo com as normas instituídas neste Edital.

Formatado: Cor da fonte: Automática

1. DAS DISPOSIÇÕES PRELIMINARES

1.1. O Processo Seletivo Simplificado – PSS é destinado a selecionar profissional para atuarem nos estabelecimentos da rede pública municipal da SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE e, exclusivamente para atender à necessidade temporária de excepcional interesse público, por um período de 01 (um) ano, podendo ser prorrogado uma vez pelo mesmo período nas condições e prazos previstos no edital.

1.2. Os candidatos selecionados e convocados nos termos deste Edital serão contratados temporariamente em Regime Especial – CRES, regulamentado pela Lei Municipal nº 1127/2007, Lei Municipal nº 1128/2007, Lei Municipal nº 1884/2021, Lei Municipal nº 1885/2021 e legislação correlata.

1.2.1. Os contratados estarão vinculados ao Regime Geral de Previdência Social, cujas contribuições serão recolhidas somente durante o período trabalhado.

1.3. Este PSS consistirá em prova de títulos referentes à escolaridade, aperfeiçoamento profissional e tempo de serviço, conforme disposto nos Anexos deste Edital.

1.4. Antes de se inscrever neste PSS, o candidato deve observar as prescrições deste Edital e certificar-se de que preenche ou preencherá, até a data da convocação, todos os requisitos exigidos para a contratação.

1.4.1 A realização da inscrição pelo candidato implicará no conhecimento das presentes instruções e na aceitação das condições do Processo Seletivo Simplificado, estabelecidas neste Edital e nas normas legais pertinentes, bem como em eventuais avisos, retificações e instruções específicas para a realização do certame, sobre as quais não poderá alegar desconhecimento.



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

CEP 86820-000 – Califórnia - Paraná

E-mail: saudecalfornia@hotmail.com

Fone: (043) 3429-1876 e (043) 3429-1975

1.5. A participação dos candidatos no PSS não implica obrigatoriedade de contratação, ocorrendo apenas expectativa de convocação e contratação. Fica reservado à Prefeitura Municipal de Califórnia – PMC o direito de proceder às contratações em número que atenda ao interesse e às necessidades do serviço, indicados e justificados pela Secretaria Municipal de Saúde de Califórnia, obedecendo rigorosamente à ordem de classificação final e ao prazo de validade deste Edital.

1.6. É de competência da Comissão de Avaliação de Títulos e Documentos a avaliação de títulos e currículo para atribuição de pontuação.

1.7. É de inteira responsabilidade do candidato acompanhar a publicação de todos os atos referentes a este PSS, por meio do endereço eletrônico: <http://www.california.pr.gov.br/>.

1.8. Será admitida a impugnação deste Edital no prazo de 2 (dois) dias úteis, a partir do primeiro dia útil seguinte de sua publicação no Diário Oficial. A impugnação deverá ser elaborada por escrito, devidamente fundamentada, e protocolada junto a Secretaria Municipal de Saúde de Califórnia até às 17h do último dia do prazo.

1.9. Para a inscrição os candidatos deverão inserir informações e anexar os documentos no site www.california.pr.gov.br para realização da inscrição, esclarecendo desde já que esta UBS ou qualquer outro setor da Administração não digitalizará cópias ou auxiliará na montagem dos documentos para anexo, cabendo ao candidato providenciar a documentação necessária nos termos deste edital as suas expensas.

2. CRONOGRAMA

2.1 Este processo seletivo será composto das seguintes fases:

Período de inscrições	Do dia 18 a 29/10/2021
Local para as inscrições	no endereço eletrônico http://www.california.pr.gov.br/
Taxa de inscrição	Não há taxa de inscrição.
Publicação da classificação provisória	05/11/2021 , após as 16h, no endereço eletrônico http://www.california.pr.gov.br/
Prazo de entrega de recursos	08 e 09/11/2021 das 13h às 17h , através do e-mail: admsaude@california.pr.gov.br
Classificação final	Após as 16h do dia 12/11/2021 , no endereço eletrônico http://www.california.pr.gov.br
Convocação para comprovação de títulos	De acordo com a classificação, vagas disponíveis e necessidade do município, no endereço eletrônico http://www.california.pr.gov.br/



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE

CEP 86820-000 – Calif6rnia - Paran6

E-mail: saudecalifornia@hotmail.com

Fone: (043) 3429-1876 e (043) 3429-1975

Distribui6o de vagas	A data e local ser6 fixada em edital, no endere6o eletr6nico http://www.california.pr.gov.br/ e nos murais da Prefeitura, Secretaria Municipal de Saude de Calif6rnia.
Contrata6o	De acordo com a classifica6o, vagas disponiveis e necessidade do municpio no decorrer do ano de 2021.

3. VAGAS, CARACTERÍSTICAS E ATRIBUIÇÕES DA FUNÇÃO

3.1. O sal6rio, o n6mero inicial de vagas, a carga hor6ria, os requisitos m6nimos, est6o dispostos na tabela abaixo:

CARGO	CARGA HOR6RIA SEMANAL	Nº DE VAGAS	REMUNERAÇÃO EM R\$	REQUISITOS M6NIMOS
ENFERMEIRO	40 horas	02	3.591,69	Curso Superior Completo em Enfermagem com registro no COREN

3.2. Características da fun6o

FUNÇÃO	CARACTERÍSTICAS
ENFERMEIRO	Coordenar as atividades de enfermagem, aplicar inje6es, ministrar rem6dios sob prescri6o m6dica, coleta de exames e tratamentos diversos aos pacientes, sob orienta6o m6dica; prestar os primeiros socorros a acidentados, fazendo curativos e em casos mais graves efetuar o encaminhamento hospitalar; executar outras tarefas compativeis com as exig6ncias para o exerc6cio da fun6o. Registrar observa6es e analisar os cuidados e procedimentos prestados pela equipe de enfermagem. Padronizar normas e procedimentos de enfermagem e monitorar o processo de trabalho. Planejar a6es de enfermagem, levantar necessidades e problemas, diagnosticar situa6o, estabelecer prioridades e avaliar resultados. Implementar a6es e definir estrat6gias para promo6o da saude, participar de trabalhos de equipes multidisciplinares e orientar equipe para controle de infec6o. Participar, conforme a pol6tica interna da Institui6o, de projetos, cursos, comiss6es, eventos, conv6nios e programas de ensino, pesquisa e extens6o. Realizar consultoria e auditoria sobre mat6ria de enfermagem. Elaborar relat6rios e laudos t6cnicos em sua 6rea de especialidade. Participar de programa de treinamento, quando convocado. Trabalhar segundo normas t6cnicas de seguran6a, qualidade, produtividade, higiene e preserva6o ambiental.

3.3. O Municpio poder6 conceder gratifica6es, adicionais e outros benef6cios e direitos previstos e autorizados em Lei.



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

CEP 86820-000 – Califórnia - Paraná

E-mail: saudecalifornia@hotmail.com

Fone: (043) 3429-1876 e (043) 3429-1975

4. DOS PROCEDIMENTOS PARA A INSCRIÇÃO

4.1. A inscrição deverá ser efetuada no período de **18 A 29/10/2021** pelo site www.california.pr.gov.br, onde o candidato deverá inserir como anexo os seguintes documentos (em um único arquivo):

1. Carteira de Identidade;
2. CPF;
3. Comprovante de endereço atual;
4. Comprovante de Escolaridade;
5. Comprovante de Aperfeiçoamento Profissional (cursos profissionalizantes, entre outros);
6. Comprovante de Tempo de Serviço na área (CTPS ou contratos e declarações de trabalho em área pública, acompanhado do ato de nomeação);
7. Registro no COREN

4.2. Para participar do Processo Seletivo Simplificado, o candidato deve ser brasileiro nato, naturalizado ou, no caso de nacionalidade portuguesa, estar amparado pelo Estatuto de Igualdade entre Brasileiros e Portugueses, com reconhecimento do gozo dos direitos políticos, nos termos do § 1.º, do artigo 12, da Constituição Federal.

4.3. O candidato deve ter no mínimo 18 (dezoito) anos completos e no máximo 75 (setenta e cinco) anos incompletos no momento da convocação para comprovação de títulos;

4.4. O candidato não poderá se inscrever em mais de um cargo, devendo, não sendo possível cumular dois cargos ante a incompatibilidade de horários e o disposto na Constituição Federal quanto à acumulação de cargos /empregos públicos.

4.5. O candidato deve manter seus dados atualizados no decorrer do Processo Seletivo (telefone, endereço residencial e endereço eletrônico).

4.6. Para a realização da inscrição, juntamente com a cópia dos documentos e títulos, os candidatos deverão, no momento da inscrição **APRESENTAR OS FORMULÁRIOS CONSTANTES NOS ANEXOS I, II E III DEVIDAMENTE PREENCHIDOS.**

4.6.1. No ato da inscrição os candidatos devem inserir como anexo os títulos e documentos que comprovem:

- a) escolaridade (item obrigatório);
- b) aperfeiçoamento profissional (cursos profissionalizantes, cursos de atualização, etc)
- c) tempo de serviço (CTPS ou contratos e declarações de trabalho em área pública, acompanhado do ato de nomeação).



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

CEP 86820-000 – Calif6rnia - Paran6

E-mail: saudecalifornia@hotmail.com

Fone: (043) 3429-1876 e (043) 3429-1975

- 4.6.2.** A forma de computo da pontuaç6o de todos os itens est6 dispon6vel nos ANEXOS deste edital.
- 4.6.3.** Ser6 fornecido ao inscrito o n6mero da inscriç6o.
- 4.6.4.** Ap6s a conclus6o da inscriç6o, n6o ser6 poss6vel incluir ou alterar informaç6es na inscriç6o realizada. Se houver necessidade da alteraç6o a inscriç6o dever6 ser exclu6da e realizada novamente durante o per6odo de inscriç6es. Ap6s o encerramento deste per6odo nenhuma alteraç6o poder6 ser realizada.
- 4.6.5** O candidato 6 respons6vel pelas informaç6es constantes no cadastro e na inscriç6o, arcando com as consequ6ncias em relaç6o a eventuais erros, fraudes ou omiss6es, nas esferas administrativas, c6vel e penal.
- 4.7.** Ficar6 reservado 6 pessoa com defici6ncia o percentual de 5% (cinco por cento) das contrataç6es que venham a surgir durante o ano. Para a contrataç6o 6 necess6rio que as atribuiç6es da funç6o sejam compat6veis com a sua defici6ncia.
- 4.7.1.** Quando a aplicaç6o do percentual resultar em n6mero fracionado, este dever6 ser elevado at6 o primeiro n6mero inteiro subsequente, respeitando o percentual m6ximo de 20% (vinte por cento) das vagas oferecidas no certame.
- 4.7.2.** Considera-se pessoa com defici6ncia aquela que tem impedimento de longo prazo de natureza f6sica, mental, intelectual ou sensorial, o qual, em interaç6o com uma ou mais barreiras, pode obstruir sua participaç6o plena e efetiva na sociedade em igualdade de condiç6es com as demais pessoas, conforme Lei Federal n.º 13.146/2015 e Leis Estaduais n.º 16.945/2011 e n.º 18.419/2015.
- 4.7.3.** Para fazer jus 6 reserva de vagas de que trata o item 4.6, o candidato dever6 escolher, no ato da inscriç6o, a funç6o com a opç6o Pessoa com Defici6ncia (PcD).
- 4.7.4.** O candidato inscrito como pessoa com defici6ncia participar6 do processo seletivo em igualdade de condiç6es com os demais candidatos no que concerne 6s exig6ncias estabelecidas neste Edital.
- 4.7.5** No ato da inscriç6o, o candidato com defici6ncia declara que est6 ciente das atribuiç6es da funç6o para a qual pretende se inscrever e que, no caso de vir a exerc6-la e alegar incompatibilidade com as funç6es, ficar6 sujeito ao encerramento do contrato, ap6s processo administrativo em que lhe sejam assegurados o contradit6rio e a ampla defesa.



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

CEP 86820-000 – Calif6rnia - Paran6

E-mail: saudecalifornia@hotmail.com

Fone: (043) 3429-1876 e (043) 3429-1975

4.7.6. O candidato inscrito como pessoa com defici6ncia dever6 apresentar, 6s suas expensas, laudo m6dico (modelo Anexo III), original ou c6pia autenticada, emitido nos 12 (doze) meses anteriores ao 6ltimo dia do per6odo de inscri76o, por especialista da 6rea, atestando a defici6ncia e a compatibilidade com as atribui76es da fun76o pretendida, devendo, para tanto, constar, de forma expressa:

- a) esp6cie e grau ou n6vel da defici6ncia;
- b) c6digo correspondente, segundo a Classifica76o Internacional de Doen76as – CID;
- c) limita76es funcionais;
- d) fun76o para a qual 6 candidato;
- e) se existe ou n6o compatibilidade com as atribui76es da fun76o pretendida e descritas no item 3.2 deste Edital;
- f) data de expedi76o, assinatura e carimbo com o n6mero do Conselho Regional de Medicina – CRM do m6dico especialista na 6rea da defici6ncia que emitiu o laudo;
- g) laudo m6dico, que deve ser leg6vel, sob pena de n6o ser considerado.

4.7.7. N6o ser6o consideradas como defici6ncia as disfun76es visuais e auditivas pass6veis de corre76o mediante o uso de lentes ou aparelhos espec6ficos.

4.7.8. Ser6 excluído deste Processo Seletivo Simplificado o candidato com defici6ncia incompat6vel com a natureza das atribui76es e exig6ncias para o desempenho da fun76o, caracterizada ou n6o pela legisla76o vigente.

4.7.9. Ser6 excluído da lista de classifica76o de pessoa com defici6ncia, e concorrer6 exclusivamente 6 vaga de ampla concorr6ncia, o candidato que apresentar laudo m6dico em desacordo com os crit6rios especificados neste edital ou apresentar laudo m6dico que n6o caracterize a defici6ncia de acordo com a legisla76o vigente.

4.7.10. O candidato inscrito como pessoa com defici6ncia que obtiver classifica76o dentro dos crit6rios estabelecidos neste Edital figurar6 em lista espec6fica e tamb6m na listagem de ampla concorr6ncia.

4.7.11. A op76o de reserva de vagas ter6 validade, exclusivamente, para o Processo Seletivo Simplificado deste Edital.

4.8. N6o haver6 cota de reserva de vagas nas listas de classifica76o em que haja n6mero insuficiente de classificados para a aplica76o do percentual previsto em Lei.



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

CEP 86820-000 – Calif6rnia - Paran6

E-mail: saudecalf6rnia@hotmail.com

Fone: (043) 3429-1876 e (043) 3429-1975

4.9. Para contrata76o, ser6 utilizada a orienta76o descrita no quadro a seguir, ap6s observados os percentuais reservados, as regras espec6ficas de arredondamento e o limite m6ximo da reserva de vagas.

4.10. Quando o percentual de reserva de vaga j6 estiver atendido e n6o houver candidatos de ampla concorr6ncia convocados presentes na sess6o p6blica, dever6 ser realizada a convoca76o na lista de ampla concorr6ncia.

4.11. Na hip6tese de n6o existirem candidatos inscritos para reserva de vagas como pessoa com defici6ncia, todas as vagas ser6o destinadas aos candidatos classificados na lista de ampla concorr6ncia.

4.12. O candidato, ao realizar sua inscri76o, tamb6m manifesta ci6ncia e concord6ncia quanto 6 divulga76o de seus dados em listagens e resultados, tais como aqueles relativos 6 pontua76o, a pessoa com defici6ncia, entre outros, tendo em vista que essas informa76es s6o essenciais para o fiel cumprimento da publicidade dos atos atinentes ao Processo Seletivo Simplificado. N6o ser6o consideradas reclama76es posteriores e os candidatos devem estar cientes de que tais informa76es poder6o ser encontradas na rede mundial de computadores por meio dos mecanismos de busca atualmente existentes.

4.13. A inscri76o implica em um compromisso t6cito, por parte do candidato, de aceita76o das condi76es estabelecidas neste edital.

4.14. N6o ser6 aceito pedido de inscri76o via fax, via correio eletr6nico (e-mail), ou qualquer outro que n6o o presencial.

4.15. Ficar6 reservados o percentual de 10% (dez por cento) das contrata76es que venham a surgir durante o per6odo, aos candidatos que se autodeclararem pessoa negra na forma da Lei Estadual n.º 14.274, de 24 de dezembro de 2003 [e da Lei Municipal n.º 1.877, de 13 de setembro de 2021](#).

4.16 Quando o n6mero de vagas reservadas aos candidatos autodeclarados (modelo em anexo) como pessoa negra resultar em fra76o, arredondar-se-6 para o n6mero inteiro imediatamente superior, em caso de fra76o igual ou maior que 0,5 (zero v6rgula cinco); ou para o n6mero inteiro imediatamente inferior, em caso de fra76o menor que 0,5 (zero v6rgula cinco).

4.17 Considera-se pessoa negra o candidato que assim se autodeclare e que possua cor de pele preta ou parda e outros tra76os fenot6picos, tais como a textura do cabelo e os aspectos faciais, que combinados ou n6o, o identifiquem socialmente como pertencente ao grupo racial negro.



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

CEP 86820-000 – Califórnia - Paraná

E-mail: saudecalifornia@hotmail.com

Fone: (043) 3429-1876 e (043) 3429-1975

4.17.1 Para validar a autodeclaração será considerado exclusivamente o fenótipo negro como base para análise e validação, desconsiderando a ascendência.

4.18 O candidato inscrito como pessoa negra deverá apresentar Autodeclaração de Pessoa Negra constante no ANEXO XII deste edital.

5. CRITÉRIOS DE CLASSIFICAÇÃO E TÍTULO

5.1. Escolaridade obrigatória (NÃO COMPUTA PONTOS)

5.2. Serão pontuados, até o limite de 30 (trinta) pontos, os títulos abaixo discriminados, os quais deverão ser comprovados na área específica do cargo, sendo:

- a) Certificado de conclusão de curso de pós-graduação em nível de especialização lato sensu, com carga horária mínima de 360 horas, na área específica para cada cargo, 4 (quatro) pontos para cada pós, limitando ao máximo de 3 (três) pós, totalizando no máximo 12 (doze) pontos;
- b) Certificado de conclusão de curso de mestrado em nível de especialização stricto sensu, com carga horária mínima de 360 horas, na área específica para cada cargo - 8 (oito) pontos;
- c) Certificado de conclusão de curso de doutorado em nível de especialização stricto sensu, com carga horária mínima de 720 horas, na área específica para cada cargo - 10 (dez) pontos.

5.2.1 Certidão ou declaração ou atestado ou histórico escolar emitidos pela internet somente terão validade com autenticação digital para verificação da validade do documento ou com assinatura da coordenação do curso com reconhecimento de firma e carimbo da IES.

5.2.2 Todos os documentos expedidos por instituição estrangeira somente serão aceitos quando traduzidos para a língua portuguesa, por tradutor juramentado, e validados por Instituição de Ensino Superior credenciada no Ministério da Educação – MEC.

5.3. Aperfeiçoamento:

5.3.1. A comprovação do aperfeiçoamento profissional se dará da seguinte forma:

- a) Certificado ou frequência detalhada de curso (s) de capacitação/formação continuada concluídos em atividades ou cargos equivalentes às descritas no item 5.3.1.1 deste Edital, **com carga horária total mínima de 20 (vinte) horas**, 0,2 (dois décimos) para cada capacitação, limitando a 5 (cinco) capacitações, totalizando no máximo 1,0 (um) ponto;

5.4. Tempo de Serviço (Período de 01/08/2011 a 31/07/2021)

Comentado [V1]: Transformar em subitem 5.2, já que está em conflito com o tópico superior.

Comentado [V2]: Transformar em subitem 5.2.1

Comentado [V3]: 5.2.2



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

CEP 86820-000 – Calif6rnia - Paran6

E-mail: saudecalifornia@hotmail.com

Fone: (043) 3429-1876 e (043) 3429-1975

5.4.1. Ser6o computados TEMPO DE SERVIÇO comprovados apenas no per6odo de 01/08/2011 a 31/07/2021, sendo 2 (dois) pontos para cada ano trabalhado, at6 o limite de 20 (vinte) pontos, cuja comprovaç6o se dar6 da seguinte forma:

- a) Carteira de Trabalho e Previd6ncia Social – CTPS: original (para confer6ncia) e c6pia das p6ginas da foto e da qualificaç6o civil do empregado e do(s) contrato(s) de trabalho, para tempo de serviço prestado em setor privado e em regime celetista;
- b) Declaraç6o, certid6o, portaria, contrato de trabalho ou dossiê hist6rico-funcional: original e c6pias de documento oficial emitido por instituiç6o p6blica, com carimbo do CNPJ, assinatura e carimbo do respons6vel pelo setor de pessoal.

5.4.2 N6o ser6 pontuado tempo de serviço utilizado ou em processo de utilizaç6o para aposentadoria.

5.4.3. Candidatas do sexo feminino acima de 50 anos e candidatos do sexo masculino acima de 55 anos que informarem tempo de serviço na inscriç6o para o qual realizou suas contribuiç6es. Caso j6 esteja aposentado (a), o per6odo de tempo utilizado para a concess6o do benef6cio n6o ser6 admitido para pontuaç6o neste Processo Seletivo Simplificado.

5.4.4. Caso, no documento utilizado para a comprovaç6o do tempo de serviço, conste funç6o ou cargo com nomenclatura diversa das previstas neste Edital, o candidato n6o poder6 informar esse tempo.

5.4.5. O tempo trabalhado em mais de um emprego no mesmo per6odo **ser6 considerado uma 6nica vez.**

5.4.6. O tempo de serviço **em atividade volunt6ria ou como bolsista n6o ser6 aceito** e n6o dever6 ser informado.

5.5. Todos os t6tulos informados no momento da inscriç6o dever6o estar legalizados nos 6rg6os competentes e ser comprovados por meio de documentaç6o oficial no momento da inscriç6o.

5.6. Em hip6tese alguma ser6 admitida a juntada de t6tulos ap6s o encerramento do prazo estabelecido neste edital.

5.7. Somente ser6o avaliados os documentos leg6veis que n6o apresentem rasuras e estejam em perfeito estado de conservaç6o.

5.8. Ter6 pontuaç6o zero na prova de t6tulos, o candidato que n6o entregar os t6tulos na forma, no prazo e no local estipulados neste Edital, n6o cabendo qualquer recurso quanto 6 infring6ncia deste item.

5.9. Os t6tulos apresentados que excederem o valor m6ximo previsto em cada item da tabela de pontuaç6o n6o ser6o considerados para a pontuaç6o do candidato.



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

CEP 86820-000 – Califórnia - Paraná

E-mail: saudecalifornia@hotmail.com

Fone: (043) 3429-1876 e (043) 3429-1975

6. RESULTADO

6.1. Classificação provisória

6.1.1. A nota final do candidato classificado será o somatório dos pontos obtidos nos itens de escolaridade, tempo de serviço e aperfeiçoamento profissional, registrados pelo candidato na inscrição, conforme Tabela de Pontuação de Títulos apresentada nos Anexos deste Edital. Os candidatos serão classificados automaticamente por ordem decrescente de pontuação.

6.1.2 Na hipótese de igualdade de nota final entre candidatos, serão aplicados os critérios de desempate, conforme abaixo:

- a) maior idade;
- b) maior pontuação no item de escolaridade;
- c) maior pontuação no item tempo de serviço.

6.1.3. A classificação provisória será publicada no dia **05/11/2021**, após às 16h, no endereço eletrônico <http://www.california.pr.gov.br/> e nos murais da Prefeitura e Secretaria Municipal de Saúde de Califórnia.

6.2. Recursos

6.2.1 Caberá interposição de recurso após a divulgação do resultado provisório, desde que:

- a) sejam enviados pelo candidato entre os dias **08 e 09/11/2021**, através do e-mail: admsaude@california.pr.gov.br;
- b) sejam apresentados em um único formulário, conforme modelo anexo a este edital, devendo conter a totalidade de questionamentos;
- c) sejam devidamente fundamentados com a indicação expressa do item do Edital que entenda não ter sido atendido, justificando-o.

6.2.2. Serão indeferidos os recursos que:

- a) não estiverem devidamente fundamentados;
- b) estiverem em desacordo com as especificações contidas neste Edital;
- c) forem apresentados fora do prazo estabelecido.

6.2.2.1. Não serão apreciados recursos que apresentem argumentação baseada em erro do candidato no preenchimento dos dados no momento da inscrição e/ou que apresentem questionamentos sobre outros candidatos.



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

CEP 86820-000 – Califórnia - Paraná

E-mail: saudecalfornia@hotmail.com

Fone: (043) 3429-1876 e (043) 3429-1975

6.2.3. Os recursos serão analisados e julgados por comissão constituída pelo Município para coordenar o Processo Seletivo Simplificado e não caberá pedido de reconsideração ou de revisão de resultado de recurso.

6.2.4. O resultado final dos recursos será publicado **após as 16h do dia 12/11/2021**, no site <http://www.california.pr.gov.br/>.

6.3. Classificação Final

6.3.1. Após a análise conclusiva dos recursos, o resultado será homologado e publicado no Diário Oficial, no site <http://www.california.pr.gov.br/>.

6.3.2. Após a homologação da classificação final, os candidatos estarão aptos a serem contratados.

7. CONVOCAÇÃO PARA CONTRATAÇÃO

7.1. A convocação para contratação é condicionada à existência de vaga e será feita por ordem de classificação final das listas de ampla concorrência e de pessoas com deficiência.

7.2 A convocação dos candidatos classificados será divulgada no site <http://www.california.pr.gov.br/>, em mural no prédio da Prefeitura e Secretaria Municipal de Saúde de Califórnia.

7.3. A convocação ocorrerá mediante a publicação de editais, com antecedência mínima de 24 horas, em dias úteis, em que deverá constar função, data, horário e local de comparecimento e a finalidade do ato que será a contratação.

7.3.1. O candidato não poderá alegar desconhecimento acerca da data, horário e local de comparecimento para fins de justificativa de sua ausência.

7.4 As convocações poderão ser acompanhadas pelo site <http://www.california.pr.gov.br/>, bem como junto ao Departamento de Recursos Humanos da Prefeitura Município de Califórnia.

7.5. Quando convocado, o candidato receberá um aviso de convocação no endereço de correio eletrônico registrado em seu cadastro. O aviso de convocação não dispensa a necessidade de acompanhamento pelo candidato de todos os atos pertinentes a este Processo Seletivo Simplificado, por meio do site <http://www.california.pr.gov.br/>.

7.6. Não será convocado candidato que tenha sofrido rescisão de contrato de trabalho, como penalidade em decorrência de sindicância ou tenha sofrido penalidade de demissão em processo administrativo



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

CEP 86820-000 – Calif6rnia - Paran6

E-mail: saudecalifornia@hotmail.com

Fone: (043) 3429-1876 e (043) 3429-1975

disciplinar, ambos pela Prefeitura Municipal de Calif6rnia, nos 6ltimos 5 (cinco) anos, excetuados os casos em que a sindic6ncia tenha constatado contrata66o/admiss6o indevida por parte da administra66o.

7.7. O candidato somente estar6 apto para a contrata66o quando:

- a) comprovar os t6tulos e demais documentos no momento da inscri66o;
- b) comprovar no ato da contrata66o as exig6ncias de titula66o e registro;
- c) existir vaga para a contrata66o quando convocado;

7.8. Para ser contratado, o candidato dever6 identificar-se e **APRESENTAR OS SEGUINTE DOCUMENTOS PESSOAIS** originais ou documentos de aplicativos de celular de 6rg6os oficiais, em situa66o regular, acrescidos de uma c6pia, **6s suas expensas**, ou c6pia autenticada em cart6rio quando n6o apresentado documento original:

- a) **carteira de identidade** expedida pelo Instituto de Identifica66o do Paran6 - IIPR/SESP, indispens6vel para a implanta66o do pagamento. Ser6 aceito outro documento de identifica66o onde conste o n6mero do RG do Paran6, desde que neste documento constem todos os dados necess6rios para o cadastro: nome, data, cidade, estado e pa6s de nascimento, data de emiss6o do RG, 6rg6o emissor do RG e filia66o;
- b) **CPF**: a comprova66o pode ser feita por meio da apresenta66o dos seguintes documentos, desde que conste o n6mero de inscri66o do CPF:
 1. Carteira de Identidade;
 2. Carteira Nacional de Habilita66o, inclusive a vers6o digital;
 3. Comprovante de Inscri66o no CPF emitido pelas entidades conveniadas 6 Receita Federal (Banco do Brasil, Correios e Caixa Econ6mica Federal);
 4. Comprovante de Inscri66o no CPF impresso a partir do site ou do aplicativo da Receita Federal;
 5. Outros modelos de cart6o CPF emitidos de acordo com a legisla66o vigente 6 6poca.
- c) **Carteira de Trabalho e Previd6ncia Social – CTPS**: p6gina da foto e qualifica66o da identifica66o do trabalhador;
- d) **cart6o do PIS/PASEP**, ou documento oficial emitido pela Caixa Econ6mica Federal, contendo o n6mero do PIS ou comprovante de n6mero do PIS/PASEP impresso da p6gina do CQC – eSocial, exceto em caso de primeiro emprego, quando o Munic6pio de Calif6rnia ser6 respons6vel por solicitar o cadastramento do candidato a ser admitido;



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

CEP 86820-000 – Califórnia - Paraná

E-mail: saudecalifornia@hotmail.com

Fone: (043) 3429-1876 e (043) 3429-1975

- e) **comprovante de titular de conta corrente no Banco Itaú**, contendo o número da agência e conta;
- f) **comprovante de endereço atual;**
- g) **certificado de reservista ou de dispensa de incorporação**, se do sexo masculino até 45 anos na data da contratação;
- h) **título de eleitor e comprovante da última votação**, ambos podendo ser substituídos pela certidão de quitação eleitoral;
- i) Certidão de nascimento dos filhos menores de 21 anos, se possuir;
- j) Declaração da não existência de acúmulo de cargos ou empregos, vide **Anexos**, bem como da não percepção de benefício proveniente de regime próprio de previdência social ou do regime geral de previdência social relativo a emprego público (Art. 37, § 10 da CF), excetuadas as hipóteses previstas no art. 37, inciso XVI e XVII, da Constituição Federal quando deverá ser indicada a carga horária semanal, a compatibilidade de horários e a atenção aos limites remuneratórios estipulados pelo inciso XI do Art. 37 da Constituição Federal, incisos XVI e XVII do artigo 27 da Constituição do Estado do Paraná e inciso XIV do artigo 5º da Instrução Normativa 44/2010 do Tribunal de Contas do Estado do Paraná;
- k) Documentos originais utilizados para pontuação no processo seletivo, conforme itens: 5.1, 5.2 e 5.3;

7.9. Para ser contratado pelo Município, é indispensável apresentar os seguintes documentos originais atualizados:

- a) **atestado de saúde ocupacional** (modelo em anexo), atestando que o candidato possui plenas condições de saúde física e mental para desempenhar as atribuições da função para a qual se inscreveu, emitido por médico registrado no Conselho Regional de Medicina – CRM, ou equivalente, nos 90 (noventa) dias anteriores à contratação. Caso não tenha sido utilizado o modelo, é obrigatória a assinatura da declaração contida no anexo, mesmo se acompanhado de atestado emitido pelo médico;
- b) **certidão negativa de antecedentes criminais da Justiça Estadual** emitida por distribuidores ou cartórios criminais ou varas de execução penal em Fóruns do (s) município (s) no (s) qual (ais) o candidato tenha residido/domiciliado nos últimos 5 (cinco) anos, expedida nos 6 (seis) meses anteriores à data da contratação. O candidato é responsável pelas custas da certidão, que tem prazo de expedição definido por cada cartório distribuidor;



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

CEP 86820-000 – Califórnia - Paraná

E-mail: saudecalifornia@hotmail.com

Fone: (043) 3429-1876 e (043) 3429-1975

c) **certidão negativa de antecedentes criminais da Justiça Federal.** A emissão é solicitada online no site do Ministério da Justiça ou no site da Polícia Federal. Se a certidão não for emitida por qualquer ocorrência, inclusive pela possibilidade de nomes iguais, o interessado deverá obtê-la diretamente no Setor de Certidões no edifício-sede da Justiça Federal do Tribunal Regional Federal da região onde tenha residido/domiciliado nos últimos 5 (cinco) anos ou no edifício-sede da Polícia Federal. A certidão deve ter sido emitida nos 6 (seis) meses anteriores à data da contratação;

d) **declaração de Não Demissão de Serviço Público**, modelo Anexo;

e) **declaração de acúmulo de cargos** (modelo Anexo).

f) Comprovante de impressão da Consulta à Qualificação Cadastral – CQC – eSocial, sem divergências, que poderá ser obtido no endereço eletrônico do Governo Federal <http://consultacadastral.inss.gov.br/Esocial/pages/index.xhtml>, em cumprimento às disposições contidas no Decreto Federal n.º 8.373/2014 e Resoluções do Comitê Gestor do eSocial (Federal) n.º 1/2015 e n.º 4/2015

7.10. O candidato contratado deverá apresentar-se oficialmente à Prefeitura do Município de Califórnia, Departamento de Recursos Humanos para lotação.

8. INAPTIDÃO TEMPORÁRIA

8.1. A inaptidão temporária, caracterizada somente por licença-maternidade ou licença-saúde do candidato, será justificada mediante apresentação de atestado médico, pelo candidato ou por procurador legal durante a contratação, indo assim o candidato para o fim da lista.

9. FIM DE LISTA

9.1 Perderá a colocação original de classificação e será remetido para o fim da respectiva lista de classificados, o candidato que:

- a) inaptos temporariamente para assumir a vaga;
- b) não apresente os documentos exigidos e descritos nos Itens 7.8 e 7.9;
- c) apresente os documentos em desacordo com as informações constantes no comprovante de inscrição ou com as demais exigências desse edital, exceto comprovante de escolaridade, que resultará em exclusão do candidato;
- d) esteja impossibilitado de assumir as funções ofertadas por motivos de ordem pessoal.



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

CEP 86820-000 – Calif6rnia - Paran6

E-mail: saudecalif6rnia@hotmail.com

Fone: (043) 3429-1876 e (043) 3429-1975

9.1.1 O candidato remetido para fim de lista poder6, se houver necessidade por parte do Munic6pio de Calif6rnia, ser reconvocato uma 6nica vez, ap6s todos os demais classificados da respectiva lista terem sido convocados. Para contrata66o dos candidatos em fim de lista ser6 utilizada a ordem de classifica66o final.

10. DESIST6NCIA

10.1. Ser6 considerado desistente de todas as inscri66es do Processo Seletivo o candidato que:

- a) n6o comparecer no Departamento de Recursos Humanos da Prefeitura do Munic6pio de Calif6rnia na data designada conforme item 7.10;
- b) assinar Termo de Desist6ncia de Contrato constante no Anexo deste Edital.

10.2. O candidato ser6 considerado desistente da respectiva lista de classifica66o quando n6o comparecer ou n6o apresentar os documentos exigidos para a contrata66o, quando reconvocato.

11. EXCLUS6O DO CANDIDATO

11.1. O candidato ser6 excluido deste Processo Seletivo Simplificado na ocorr6ncia de qualquer das hip6teses descritas nos itens abaixo:

- a) tenha sofrido rescis6o de contrato de trabalho como penalidade em decorr6ncia de sindic6ncia, nos 6ltimos 5 (cinco) anos, contados retroativamente a partir da primeira convoca66o, excetuados os casos em que a sindic6ncia tenha constatado contrata66o/admiss6o indevida por parte da administra66o;
- b) tenha sofrido penalidade de demiss6o em processo administrativo disciplinar ap6s sindic6ncia, nos 6ltimos 5 (cinco) anos, contados retroativamente a partir da primeira convoca66o;
- c) tiver configurado, no momento da contrata66o, o ac6mulo ilegal de cargos, excetuando-se os casos permitidos pelo art. 37, inciso XVI, da Constitui66o Federal;
- d) que tenha 75 (setenta e cinco) anos completos por ocasi6o da primeira convoca66o ou da contrata66o;
- e) esteja aposentado, na condi66o de readaptado definitivo ou por invalidez, em cargo ou fun66o equivalente 6 pretendida;
- f) tiver comprovada ilegalidade nos documentos apresentados ou declara66o falsa ou inexata;



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

CEP 86820-000 – Calif6rnia - Paran6

E-mail: saudecalifornia@hotmail.com

Fone: (043) 3429-1876 e (043) 3429-1975

g) apresente laudo m6dico atestando defici6ncia incompatível com a natureza das atribuiç6es e exig6ncias para o desempenho da funç6o.

11.1.1. Caso seja constatado que o candidato tenha incorrido em qualquer das hip6teses citadas no item 11.1 ap6s sua contrataç6o, estar6 sujeito 6 rescis6o contratual, assegurados o contradit6rio e a ampla defesa, mediante processo administrativo.

11.2. O candidato ser6 excluído da respectiva lista de classificaç6o na ocorr6ncia de qualquer das hip6teses descritas nos itens abaixo:

- a) n6o comprove a escolaridade mınima exigida constante em cada etapa;
- b) ainda que comprovada a escolaridade mınima exigida, conste em seu comprovante de inscriç6o escolaridade que gere pontuaç6o maior que a efetivamente comprovada na inscriç6o;
- c) se inscrito na lista de classificaç6o PcD, n6o apresente laudo m6dico ou apresente em desacordo com o estabelecido neste Edital ou que n6o caracterize a defici6ncia de acordo com a legislaç6o vigente;

11.3. Caso seja constatado que o candidato tenha incorrido em qualquer das hip6teses citadas no item 11.2 somente ap6s sua contrataç6o, estar6 sujeito 6 rescis6o contratual, assegurados o contradit6rio e a ampla defesa, mediante processo administrativo.

12. DISPOSIÇ6ES FINAIS

12.1. O Municıpio de Calif6rnia n6o se responsabiliza por avisos n6o recebidos devido 6 caixa postal eletr6nica indisponível, bloqueios do antispam ou similares e endereç6s de correio eletr6nico digitados incorretamente.

12.2. 6 de exclusiva responsabilidade do candidato acompanhar a publicaç6o ou divulgaç6o dos atos concernentes a este Processo Seletivo Simplificado, divulgados no site <http://www.california.pr.gov.br/> e murais na sede da Prefeitura e da Secretaria Municipal de Saúde de Calif6rnia, prazos e condiç6es estipulados nas demais publicaç6es durante o Processo Seletivo.

12.3. O Municıpio de Calif6rnia n6o fornecer6 c6pias de documentos j6 apresentados em outros certames, nem se responsabilizar6 por documentaç6o que exige prazo de emiss6o, sendo de responsabilidade exclusiva do candidato a provid6ncia antecipada dos documentos, c6pias, custas ou impress6o por sistemas de computadores.



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

CEP 86820-000 – Califórnia - Paraná

E-mail: saudecalifornia@hotmail.com

Fone: (043) 3429-1876 e (043) 3429-1975

12.4. O candidato após ser contratado não será atendido caso solicite afastamento de função, readaptação de função ou alegue incompatibilidade com as atribuições da função para a qual foi contratado e, se portador de deficiência, não será atendido caso solicite amparo especial ou intervenção de terceiros para auxiliá-lo no exercício das atribuições inerentes à função a ser exercida, com as quais não poderá alegar incompatibilidade.

12.5. O contrato inicial terá prazo máximo de 6 (seis) meses, podendo este ser prorrogado por igual período, conforme Lei nº 1885/2021. A extinção do vínculo em Regime Especial poderá ocorrer como disposto na Lei Municipal nº 1885/2021.

12.6. O Processo Seletivo Simplificado, disciplinado por este Edital, terá validade de 1 (um) ano.

12.7. As publicações referentes ao Processo Seletivo Simplificado nº 079/2021, serão disponibilizadas no Diário Oficial dos Municípios e no site da Prefeitura Municipal de Califórnia, disponível no link www.california.pr.gov.br.

12.8. As infrações atribuídas ao contratado serão apuradas mediante averiguação sumária por processo administrativo disciplinar, pelo órgão a que estiver vinculado, com prazo de conclusão máximo de trinta dias, assegurado o contraditório e a ampla defesa.

12.9. Aplicam-se aos contratados as penas de advertência, repreensão, suspensão e rescisão contratual, conforme a extensão da infração apurada no processo administrativo, e outras disposições constantes no Estatuto do Servidor Público.

12.10. O contratado responderá civil, penal e administrativamente no exercício de suas atribuições, funções e responsabilidades.

12.11. Preenchidas as vagas iniciais previstas neste edital e surgindo novas vagas durante a validade do Processo Seletivo Simplificado, poderão, por conveniência e necessidade administrativa, serem convocados demais candidatos aprovados, mediante aprovação legislativa e obedecendo-se rigorosamente a ordem de classificação.

12.12. Não será contratado candidato com vínculo de trabalho por prazo determinado ou indeterminado, em empregos, cargos ou funções ou que receber proventos de aposentadoria em empresa pública, autarquia, sociedade de economia mista ou fundação mantida pelo poder público, caso em que o candidato deverá fazer sua opção, conforme previsto na Constituição Federal, e comprovar a opção no processo de contratação, exceto as hipóteses de acúmulo legal, nos termos da Constituição Federal,

Comentado [V4]: Lei Municipal 1879/2021
6 meses, prorrogáveis por igual período.

Comentado [V5]: = 12.5



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

CEP 86820-000 – Calif6rnia - Paran6

E-mail: saudecalif6rnia@hotmail.com

Fone: (043) 3429-1876 e (043) 3429-1975

Emendas Constitucionais nos 19, 20 e 34, publicadas no Di6rio Oficial da Uni6o em 05/06/98, 16/12/98 e 14/12/2001, respectivamente.

12.13. Os **Anexos** s6o partes integrantes deste edital.

12.14. Os casos omissos ser6o resolvidos por comiss6o, designada para esse fim por meio de Portaria.

Calif6rnia/PR, 15 de outubro de 2021.

PAULO WILSON MENDES

Prefeito

PEDRO ANT6NIO FIRMO DA SILVA

Presidente da Comiss6o Organizadora e Avaliadora

**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

CEP 86820-000 – Calif6rnia - Paran6

E-mail: saudecalifornia@hotmail.com

Fone: (043) 3429-1876 e (043) 3429-1975

ANEXO I**FICHA DE INSCRIÇÃO****PROCESSO SELETIVO SIMPLIFICADO (PSS) N° 079/2021**

Nome completo, sem abreviações:			
Data de nascimento:	Doc. de Identidade (RG) n°:	Órgão Emissor:	CPF/MF n°:
Título Eleitoral:		Estado Civil	N° Filhos
Endereço Completo: Rua/Av. _____ n° _____ Bairro: _____ CEP: _____ Cidade: _____ Estado: _____			
Celular com DDD:	com	Telefone Fixo com DDD:	
E-mail:			
Grau de Escolaridade: () Superior Completo () Superior Incompleto () Nível Médio Completo			
Cargo Pretendido: () Agente Comunitário de Saúde			
Deseja concorrer às vagas de Portadores de Necessidades Especiais (PcD): () Sim () Não			
Deseja concorrer as vagas de pessoas afrodescendentes () Sim () Não			
Declaração: Declaro que todas as informações aqui prestadas são verdadeiras e por elas assumo integral responsabilidade, e possuo nesta data todos os requisitos exigidos para concorrer no Processo Seletivo Simplificado. Fico ciente que a presente inscrição será tornada sem efeito caso se demonstre a falsidade das declarações ou deixe de fazer as provas que conheço e estou de acordo com o contido no Edital do Processo Seletivo Simplificado (PSS) n.º 079/2021.			
Data:		Assinatura do Candidato:	

**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

CEP 86820-000 – Calif6rnia - Paran6

E-mail: saudecalifornia@hotmail.com

Fone: (043) 3429-1876 e (043) 3429-1975

ANEXO II**LISTA DE CONFERÊNCIA DE DOCUMENTOS QUE ACOMPANHAM A FICHA DE INSCRIÇÃO
PROCESSO SELETIVO SIMPLIFICADO (PSS) Nº 079/2021**

Nome do Candidato:	
Tipo dos Documentos	Conferência
Fotoc6pias	Apresentou?
Documento de Identidade – RG	() Sim () N6o
Comprovante de resid6ncia	() Sim () N6o
Cart6o do Cadastro de Pessoa F6sica do Minist6rio da Fazenda, CPF/MF.	() Sim () N6o
Diploma original de conclus6o da escolaridade no Curso exigido para o cargo ou fotoc6pia autenticada ou declara76o emitida pela institui76o de ensino	() Sim () N6o
Documentos que possibilitem a pontua76o de seus t6tulos.	() Sim () N6o
C6pia da carteira de trabalho ou documentos que possibilitem a pontua76o de sua experi6ncia profissional.	() Sim () N6o
Cargo Pretendido: () Agente Comunit6rio de Sa6de	
Data: ____/____/2021	Nome do Funcion6rio Respons6vel pela Inscri76o:
Assinatura do Candidato:	

Declaro que no momento da inscri76o, todas as p6ginas foram numeradas e rubricadas, totalizando _____ p6ginas.



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
CEP 86820-000 – Califórnia - Paraná
E-mail: saudecalifornia@hotmail.com
Fone: (043) 3429-1876 e (043) 3429-1975

ANEXO III

TABELA PARA PONTUAÇÃO DA PROVA DE TÍTULOS E EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL
PROCESSO SELETIVO SIMPLIFICADO (PSS) Nº 079/2021

NOME DO CANDIDATO		
ESCOLARIDADE	MÁXIMO DE PONTOS	TOTAL DE PONTOS
Ensino Superior completo	10 (dez) pontos	
Ensino Superior em curso: Declaração ou Atestado de Matrícula e Frequência	1 por semestre, máximo 9 (nove) semestre – (NESTE ITEM O MÁXIMO É DE 9 PONTOS)	
Certificado de conclusão de curso de pós-graduação em nível de especialização lato sensu, com carga horária mínima de 360 horas, na área específica para cada cargo.	2 (dois) pontos para cada pós , limitando ao máximo de 3 (três) pós (NESTE ITEM O MÁXIMO É 6 PONTOS)	
Certificado de conclusão de curso de mestrado em nível de especialização stricto sensu, com carga horária mínima de 360 horas, na área específica para cada cargo.	8 (oito) pontos (NESTE ITEM O MÁXIMO É 8 PONTOS)	
Certificado de conclusão de curso de doutorado em nível de especialização stricto sensu, com carga horária mínima de 720 horas, na área específica para cada cargo.	10 (dez) pontos (NESTE ITEM O MÁXIMO É 10 PONTOS)	
APERFEIÇOAMENTO PROFISSIONAL	MÁXIMO DE PONTOS	TOTAL DE PONTOS
Certificado ou frequência detalhada de curso (s) de capacitação/formação continuada concluídos em atividades ou cargos equivalentes com carga horária total mínima de 20 (vinte) horas	0,2 (dois décimos) por capacitação , limitando a 5 (cinco) capacitações (NESTE ITEM O MÁXIMO É 1 PONTO)	
TEMPO DE SERVIÇO	MÁXIMO DE PONTOS	TOTAL DE PONTOS
Exercício de atividade profissional no cargo pretendido no período de 01/04/2011 a 01/04/2021.	2 (dois) pontos para cada ano trabalhado. (NESTE ITEM O MÁXIMO É 20 PONTOS)	
TOTAL DE PONTOS GERAL	55 PONTOS	
ASSINATURA DO CANDIDATO		
ASSINATURA EXAMINADOR 1	ASSINATURA EXAMINADOR 2	



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

CEP 86820-000 – Califórnia - Paraná

E-mail: saudecalifornia@hotmail.com

Fone: (043) 3429-1876 e (043) 3429-1975

ANEXO IV
PROCURAÇÃO
(MODELO)

Eu.....(nome completo),
..... (nacionalidade), (profissão),
(estado civil), portador(a) de identidade RG nº UF, inscrito no CPF sob o nº
....., residente e domiciliado no endereço
..... na cidade de,

Estado do

NOMEIO E CONSTITUO MEU/MINHA PROCURADOR(A) o(a) Sr.(a)
.....(nome completo),

..... (nacionalidade), (profissão),
(estado civil), portador(a) de identidade RG nº UF, inscrito no CPF sob o nº
....., residente e domiciliado no
endereço..... na cidade de

....., Estado do com a finalidade de efetuar a inscrição
e/ou apresentar documentação do outorgante à Prefeitura Municipal de Califórnia, por ocasião da:

() Apresentação de Documentos para Contratação do PROCESSO SELETIVO SIMPLIFICADO – PSS/PR
EDITAL 079/2021, para a função de AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE, podendo o outorgado assinar todos
os atos necessários para o cumprimento do presente.

....., de de 2021.

(Local e Data)

ASSINATURA DO OUTORGANTE

(reconhecido firma)



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE

CEP 86820-000 – Calif6rnia - Paran6

E-mail: saudecalifornia@hotmail.com

Fone: (043) 3429-1876 e (043) 3429-1975

ANEXO V

ATESTADO DE SAUDE OCUPACIONAL

(MODELO)

Nome: _____

RG: _____ UF: _____ CPF: _____

Data de Nascimento: ____/____/____ Sexo: _____

Funcao pretendida: AGENTE COMUNITARIO DE SAUDE

PARECER DO MEDICO EXAMINADOR

Atesto que o candidato acima descrito foi submetido a Exame Medico e encontra-se:

() APTO para exercer a funcao de AGENTE COMUNITARIO DE SAUDE, gozando de plena saude fisica e mental.

() INAPTO para exercer a funcao de AGENTE COMUNITARIO DE SAUDE.

No caso de gestante, informar:

A gestante encontra-se na _____ semana de gestacao.

Local: _____ Data: ____/____/2021

Medico Examinador Assinatura e Carimbo/CRM

Para preenchimento do candidato na data de sua contratacao

Eu, _____,

RG N° _____, declaro que nesta data de inicio do meu contrato de trabalho pelo regime especial permaneço em plenas condicoes de saude fisica e mental para desempenhar as atribuicoes da funcao para a qual estou sendo contratado.

Local e data: _____

ASSINATURA DO CANDIDATO



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

CEP 86820-000 – Calif6rnia - Paran6

E-mail: saudecalifornia@hotmail.com

Fone: (043) 3429-1876 e (043) 3429-1975

ANEXO VI

DECLARAÇÃO DE NÃO ACÚMULO DE CARGO E PROVENTOS DE APOSENTADORIA

(MODELO)

Eu, _____, portador de documento de identidade RG nº _____, inscrito no CPF sob nº _____, em atenç6o ao disposto no art. 37, § 10, da Constituiç6o Federal, declaro, para os devidos fins, que n6o recebo outra aposentadoria de Regime Pr6prio de Previd6ncia Social - RPPS de quaisquer dos membros da Federaç6o e nem acumulo cargo, emprego ou funç6o p6blica junto a6r6g6os p6blicos municipais, estaduais ou federais.

_____, _____ de _____ de 2021.

(Local e Data)

ASSINATURA DO CANDIDATO



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

CEP 86820-000 – Calif6rnia - Paran6

E-mail: saudecalifornia@hotmail.com

Fone: (043) 3429-1876 e (043) 3429-1975

ANEXO VII

DECLARAÇÃO DE ACÚMULO DE CARGO/EMPREGO E PROVENTOS DE APOSENTADORIA

(MODELO)

Eu, _____,
portador de documento de identidade RG nº _____, inscrito no CPF sob o nº _____, em atenç6o ao disposto no art. 37, § 10, da Constituiç6o Federal, declaro, para os devidos fins, que:

() Recebo outra aposentadoria de Regime Pr6prio de Previd6ncia Social - RPPS referente 6 inativaç6o no cargo de (nome do cargo) _____ que ocupava junto 6 (nome da entidade) _____

() Ocupo o cargo/emprego de _____ (nome do cargo) junto 6 (nome da entidade) _____, com carga hor6ria semanal de _____ horas, no hor6rio das _____ 6s _____.

_____, _____ de _____ de 2021.

(Local e Data)

ASSINATURA DO CANDIDATO



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

CEP 86820-000 – Calif6rnia - Paran6

E-mail: saudecalif6rnia@hotmail.com

Fone: (043) 3429-1876 e (043) 3429-1975

ANEXO VIII

DECLARAÇÃO DE NÃO DEMISSÃO DE SERVIÇO PÚBLICO

(MODELO)

Eu, _____, abaixo assinado(a),
_____ (nacionalidade), _____ (estado civil), portador(a) de documento de
identidade RG n.º _____ SSP/ _____, inscrito (a) no CPF sob o n.º
_____, em atendimento ao Edital 079/2021 da Prefeitura Municipal de Calif6rnia declaro
para o fim espec6fico de contrataç6o pelo Processo Seletivo Simplificado que n6o fui demitido(a) ou exonerado(a)
do serviço p6blico federal, estadual, distrital ou municipal em consequ6ncia de aplicaç6o de pena disciplinar ap6s
sindic6ncia, nos 6ltimos 5 (cinco) anos, contados de forma retroativa a partir da data da contrataç6o a que se
refere o presente Edital, e que n6o perdi o cargo em raz6o de ordem judicial transitada em julgado a ser cumprida
ou em cumprimento.

A n6o veracidade da declaraç6o prestada 6 considerada como crime de falsidade ideol6gica, sujeitando-me 6s
penas na lei.

_____, _____ de _____ de 2021.

(Local e Data)

ASSINATURA DO CANDIDATO



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

CEP 86820-000 – Calif6rnia - Paran6

E-mail: saudecalifornia@hotmail.com

Fone: (043) 3429-1876 e (043) 3429-1975

ANEXO IX

LAUDO M6DICO PARA INSCRITOS COMO PESSOA COM DEFICIÊNCIA

(MODELO)

Nome: _____

RG: _____ UF: _____ CPF: _____

Data de Nascimento: ____/____/____ Sexo: _____

A - Tipo da Deficiência: _____

B – C6digo CID: _____

C – Limita76es Funcionais: _____

D – Fun76o pretendida: AGENTE COMUNIT6RIO DE SAÚDE

E - PARECER DO M6DICO ESPECIALISTA NA 6REA DA DEFICIÊNCIA

De acordo com a fun76o pretendida, declaro que a deficiência do candidato 6:

() COMPATÍVEL para exercer a fun76o de AGENTE COMUNIT6RIO DE SAÚDE.

() INCOMPATÍVEL para exercer a fun76o de AGENTE COMUNIT6RIO DE SAÚDE.

_____, ____ de _____ de 2021.

(Local e Data)

ASSINATURA DO CANDIDATO

ASSINATURA DO M6DICO EXAMINADOR E CARIMBO/CRM



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE

CEP 86820-000 – Calif6rnia - Paran6

E-mail: saudecalifornia@hotmail.com

Fone: (043) 3429-1876 e (043) 3429-1975

ANEXO X

**TERMO DE DESISTENCIA DO CONTRATO EM REGIME ESPECIAL PROCESSO SELETIVO SIMPLIFICADO
(PSS)**

(MODELO)

Eu, _____, abaixo assinado(a),
_____(nacionalidade), _____ (estado civil), portador(a) de documento de
identidade RG n.º _____ SSP/ _____, inscrito(a) no CPF sob o n.º
_____, desisto, em car6ter irrevog6vel, do Contrato em Regime Especial por meio do
Processo Seletivo Simplificado – PSS regulamentado pelo Edital 079/2021 do Munic6pio de Calif6rnia/PR, no qual
fui convocado(a) na data de ____ / ____ /2021.

Declaro estar ciente que, ao assinar a desist6ncia do contrato n6o poderei assumir vagas em outras convoca66es.

_____, _____ de _____ de 2021.

(Local e Data)

ASSINATURA DO CANDIDATO



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE

CEP 86820-000 – Calif6rnia - Paran6

E-mail: saudecalifornia@hotmail.com

Fone: (043) 3429-1876 e (043) 3429-1975

ANEXO XI

INTERPOSIÇÃO DE RECURSO

(MODELO)

RECURSO CONTRA DECISÃO RELATIVA AO PROCESSO SELETIVO SIMPLIFICADO - EDITAL 079/2021, realizado para atender a necessidade da Secretaria Municipal de Saude de Calif6rnia – PR.

Eu, _____, abaixo assinado(a),
_____ (nacionalidade), _____ (estado civil), portador(a) de documento de
identidade RG n.º _____ SSP/_____, inscrito no CPF sob o n.º
_____, inscrito no PSS em epigrafe para a vaga de AGENTE COMUNITARIO DE
SAUDE junto a Secretaria Municipal de Educaç6o de Calif6rnia – PR, apresento recurso junto à Comiss6o Especial
do PSS contra a decis6o dos avaliadores.

Interp6e-se o presente recurso pelas seguintes raz6es (explicar a decis6o que gerou a inconformidade)

Os argumentos com os quais contesto a referida decis6o s6o (apresentar os argumentos)

Para fundamentar o presente recurso, encaminho anexo os seguintes documentos (apontar os
documentos) _____

_____, _____ de _____ de 2021.

(Local e Data)

ASSINATURA DO CANDIDATO



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

CEP 86820-000 – Calif6rnia - Paran6

E-mail: saudecalif6rnia@hotmail.com

Fone: (043) 3429-1876 e (043) 3429-1975

ANEXO XII

AUTODECLARAÇÃO DE PESSOA NEGRA

(MODELO)

Eu, _____, abaixo assinado(a), _____(nacionalidade), _____(estado civil), portador(a) de documento de identidade RG n.º _____SSP/_____, inscrito no CPF sob o n.º _____, INSCRITA para a vaga de pessoa negra (preta ou parda) para comprovaç6o de títulos pelo Processo Seletivo Simplificado da Secretaria Municipal de Saúde de Calif6rnia, declaro, sob as penas da lei, que sou negro de cor:

) preta

) parda,

Apresentando características fenotípicas negroides, conforme estabelecido neste edital. As informações prestadas nesta declaração são de minha inteira responsabilidade, estando ciente que poderei responder criminalmente no caso de falsidade.

_____, _____ de _____ de 2021.

(Local e Data)

ASSINATURA DO CANDIDATO



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

CEP 86820-000 – Califórnia - Paraná

E-mail: saudecalifornia@hotmail.com

Fone: (043) 3429-1876 e (043) 3429-1975

ANEXO XIII

LISTA DE DOCUMENTOS PARA INSCRIÇÃO, COMPROVAÇÃO DE TÍTULOS E CONTRATAÇÃO

1. DOCUMENTOS NECESSÁRIOS PARA INSCRIÇÃO E COMPROVAÇÃO DE TÍTULOS -

Documentos originais e cópias legíveis (ou cópias autenticadas)

a) carteira de identidade expedida pelo Instituto de Identificação do Paraná - IIPR/SESP, indispensável para a implantação do pagamento. Será aceito outro documento de identificação onde conste o número do RG do Paraná, desde que neste documento constem todos os dados necessários para o cadastro: nome, data, cidade, estado e país de nascimento, data de emissão do RG, órgão emissor do RG e filiação;

b) CPF: a comprovação pode ser feita por meio da apresentação dos seguintes documentos, desde que conste o número de inscrição do CPF:

- 1 - Carteira de Identidade;
- 2 - Carteira Nacional de Habilitação, inclusive a versão digital;
- 3 - Comprovante de Inscrição no CPF emitido pelas entidades conveniadas à Receita Federal (Banco do Brasil, Correios e Caixa Econômica Federal);
- 4 - Comprovante de Inscrição no CPF impresso a partir do site ou do aplicativo da Receita Federal;
- 5 - Outros modelos de cartão CPF emitidos de acordo com a legislação vigente à época.

c) comprovante de endereço atual;

d) Comprovante de Escolaridade informado do Termo de Inscrição

e) Comprovante de Aperfeiçoamento profissional informado no termo de inscrição

f) Comprovante de Tempo de serviço informado no termo de inscrição

() CTPS (Setor Privado)

() Declaração/Certidão/Portaria/Contrato/Dossiê Histórico-Funcional (setor público)

f) Declaração negativa de benefício aposentadoria emitida nos últimos 6 meses (caso se enquadre no subitem 5.3.6)

g) Laudo médico para inscritos como PcD.

2. DOCUMENTOS PARA CONTRATAÇÃO



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

CEP 86820-000 – Calif6rnia - Paran6

E-mail: saudecalifornia@hotmail.com

Fone: (043) 3429-1876 e (043) 3429-1975

- a) carteira de identidade expedida pelo Instituto de Identifica76o do Paran6 - IIPR/SESP, indispens6vel para a implanta76o do pagamento. Ser6 aceito outro documento de identifica76o onde conste o n6mero do RG do Paran6, desde que neste documento constem todos os dados necess6rios para o cadastro: nome, data, cidade, estado e pa6s de nascimento, data de emiss6o do RG, 6rg6o emissor do RG e filia76o;
- b) CPF: a comprova76o pode ser feita por meio da apresenta76o dos seguintes documentos, desde que conste o n6mero de inscri76o do CPF:
- 1 - Carteira de Identidade;
 - 2 - Carteira Nacional de Habilita76o, inclusive a vers6o digital;
 - 3 - Comprovante de Inscri76o no CPF emitido pelas entidades conveniadas 6 Receita Federal (Banco do Brasil, Correios e Caixa Econ6mica Federal);
 - 4 - Comprovante de Inscri76o no CPF impresso a partir do site ou do aplicativo da Receita Federal;
 - 5 - Outros modelos de cart6o CPF emitidos de acordo com a legisla76o vigente 6 6poca.
- c) Carteira de Trabalho e Previd6ncia Social – CTPS: p6gina da foto e qualifica76o da identifica76o do trabalhador;
- d) **cart6o do PIS/PASEP**, ou documento oficial emitido pela Caixa Econ6mica Federal, contendo o n6mero do PIS ou comprovante de n6mero do PIS/PASEP impresso da p6gina do CQC – eSocial, exceto em caso de primeiro emprego, quando o Munic6pio de Calif6rnia ser6 respons6vel por solicitar o cadastramento do candidato a ser admitido;
- e) comprovante de titular de conta corrente no Banco Itaú, contendo o n6mero da 6g6ncia e conta;
- f) comprovante de endere76o atual;
- g) certificado de reservista ou de dispensa de incorpora76o, se do sexo masculino at6 45 anos na data da contrata76o;
- h) t6tulo de eleitor e comprovante da 6ltima vota76o, ambos podendo ser substituídos pela certid6o de quita76o eleitoral.
- i) atestado de sa6de ocupacional (modelo em anexo), atestando que o candidato possui plenas condi76es de sa6de f6sica e mental para desempenhar as atribui76es da fun76o para a qual se inscreveu, emitido por m6dico registrado no Conselho Regional de Medicina – CRM, ou equivalente, nos 90 (noventa) dias anteriores 6 contrata76o. Caso n6o tenha sido utilizado o modelo, 6 obrigat6ria a assinatura da declara76o contida no anexo, mesmo se acompanhado de atestado emitido pelo m6dico;



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

CEP 86820-000 – Califórnia - Paraná

E-mail: saudecalifornia@hotmail.com

Fone: (043) 3429-1876 e (043) 3429-1975

j) certidão negativa de antecedentes criminais da Justiça Estadual emitida por distribuidores ou cartórios criminais ou varas de execução penal em Fóruns do (s) município (s) no (s) qual (ais) o candidato tenha residido/domiciliado nos últimos 5 (cinco) anos, expedida nos 6 (seis) meses anteriores à data da contratação. O candidato é responsável pelas custas da certidão, que tem prazo de expedição definido por cada cartório distribuidor;

k) Documentos originais utilizados para pontuação no processo seletivo, conforme itens: 5.1, 5.2 e 5.3;

l) certidão negativa de antecedentes criminais da Justiça Federal. A emissão é solicitada online no site do Ministério da Justiça ou no site da Polícia Federal. Se a certidão não for emitida por qualquer ocorrência, inclusive pela possibilidade de nomes iguais, o interessado deverá obtê-la diretamente no Setor de Certidões no edifício-sede da Justiça Federal do Tribunal Regional Federal da região onde tenha residido/domiciliado nos últimos 5 (cinco) anos ou no edifício-sede da Polícia Federal. A certidão deve ter sido emitida nos 6 (seis) meses anteriores à data da contratação;

m) declaração de Não Demissão de Serviço Público, modelo Anexo;

n) declaração de acúmulo de cargos (modelo Anexo).

o) Certidão de nascimento dos filhos menores de 21 anos, se possuir;

p) comprovante de CONCLUSÃO do curso e de registro em órgão de classe.

q) Comprovante de impressão da Consulta à Qualificação Cadastral – CQC – eSocial, sem divergências, que poderá ser obtido no endereço eletrônico do Governo Federal <http://consultacadastral.inss.gov.br/Esocial/pages/index.xhtml>, em cumprimento às disposições contidas no Decreto Federal n.º 8.373/2014 e Resoluções do Comitê Gestor do eSocial (Federal) n.º 1/2015 e n.º 4/2015