



## 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 228/2021, 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.

#### **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 – Calif6rnia - Paran6

E-mail: saudecalif6rnia@hotmail.com

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

1.5. A participa76o dos candidatos no PSS n6o implica obrigatoriedade de contrata76o, ocorrendo apenas expectativa de convoca76o e contrata76o. Fica reservado 6 a Prefeitura Municipal de Calif6rnia – PMC o direito de proceder 6s contrata76es em n6mero que atenda ao interesse e 6s necessidades do servi76o, indicados e justificados pela Secretaria Municipal de Sa7ude de Calif6rnia, obedecendo rigorosamente 6 ordem de classifica76o final e ao prazo de validade deste Edital.

1.6. 6 de compet6ncia da Comiss6o de Avalia76o de T6tulos e Documentos a avalia76o de t6tulos e curr6culo para atribui76o de pontua76o.

1.7. 6 de inteira responsabilidade do candidato acompanhar a publica76o de todos os atos referentes a este PSS, por meio do endere76o eletr6nico: <http://www.calif6rnia.pr.gov.br/>.

1.8. Ser6 admitida a impugna76o deste Edital no prazo de 2 (dois) dias 6teis, a partir do primeiro dia 6til seguinte de sua publica76o no Di6rio Oficial. A impugna76o dever6 ser elaborada por escrito, devidamente fundamentada, e protocolada junto a Secretaria Municipal de Sa7ude de Calif6rnia at6 6s 17h do 6ltimo dia do prazo.

1.9. Para a inscri76o os candidatos dever6o inserir informa76es e anexar os documentos no site [www.calif6rnia.pr.gov.br](http://www.calif6rnia.pr.gov.br) para realiza76o da inscri76o, esclarecendo desde j6 que esta UBS ou qualquer outro setor da Administra76o n6o digitalizar6 c6pias ou auxiliar6 na montagem dos documentos para anexo, cabendo ao candidato providenciar a documenta76o necess6ria nos termos deste edital as suas despesas.

## 2. CRONOGRAMA

2.1 Este processo seletivo ser6 composto das seguintes fases:

<b>Per6odo de inscri76es</b>	Do dia <b>18 a 29/10/2021</b>
<b>Local para as inscri76es</b>	no endere76o eletr6nico <a href="http://www.calif6rnia.pr.gov.br/">http://www.calif6rnia.pr.gov.br/</a>
<b>Taxa de inscri76o</b>	N6o h6 taxa de inscri76o.
<b>Publica76o da classifica76o provis6ria</b>	<b>05/11/2021</b> , ap6s as 16h, no endere76o eletr6nico <a href="http://www.calif6rnia.pr.gov.br/">http://www.calif6rnia.pr.gov.br/</a>
<b>Prazo de entrega de recursos</b>	<b>08 e 09/11/2021 das 13h 6s 17h</b> , atrav6s do e-mail: <a href="mailto:admsaude@calif6rnia.pr.gov.br">admsaude@calif6rnia.pr.gov.br</a>
<b>Classifica76o final</b>	Ap6s as 16h do dia <b>12/11/2021</b> , no endere76o eletr6nico <a href="http://www.calif6rnia.pr.gov.br/">http://www.calif6rnia.pr.gov.br</a>
<b>Convoca76o para comprova76o de t6tulos</b>	De acordo com a classifica76o, vagas dispon6veis e necessidade do munic6pio, no endere76o eletr6nico <a href="http://www.calif6rnia.pr.gov.br/">http://www.calif6rnia.pr.gov.br/</a>



## SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

CEP 86820-000 – Califórnia - Paraná

E-mail: saudecalifornia@hotmail.com

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

<b>Distribuição de vagas</b>	A data e local será fixada em edital, no endereço eletrônico <a href="http://www.california.pr.gov.br/">http://www.california.pr.gov.br/</a> e nos murais da Prefeitura, Secretaria Municipal de Saúde de Califórnia.
<b>Contratação</b>	De acordo com a classificação, vagas disponíveis e necessidade do município no decorrer do ano de 2021.

### 3. VAGAS, CARACTERÍSTICAS E ATRIBUIÇÕES DA FUNÇÃO

3.1. O salário, o número inicial de vagas, a carga horária, os requisitos mínimos, estão dispostos na tabela abaixo:

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

#### 3.2. Características da função

FUNÇÃO	CARACTERÍSTICAS
ENFERMEIRO	Coordenar as atividades de enfermagem, aplicar injeções, ministrar remédios sob prescrição médica, coleta de exames e tratamentos diversos aos pacientes, sob orientação médica; prestar os primeiros socorros a acidentados, fazendo curativos e em casos mais graves efetuar o encaminhamento hospitalar; executar outras tarefas compatíveis com as exigências para o exercício da função. Registrar observações e analisar os cuidados e procedimentos prestados pela equipe de enfermagem. Padronizar normas e procedimentos de enfermagem e monitorar o processo de trabalho. Planejar ações de enfermagem, levantar necessidades e problemas, diagnosticar situação, estabelecer prioridades e avaliar resultados. Implementar ações e definir estratégias para promoção da saúde, participar de trabalhos de equipes multidisciplinares e orientar equipe para controle de infecção. Participar, conforme a política interna da Instituição, de projetos, cursos, comissões, eventos, convênios e programas de ensino, pesquisa e extensão. Realizar consultoria e auditoria sobre matéria de enfermagem. Elaborar relatórios e laudos técnicos em sua área de especialidade. Participar de programa de treinamento, quando convocado. Trabalhar segundo normas técnicas de segurança, qualidade, produtividade, higiene e preservação ambiental.

3.3. O Município poderá conceder gratificações, adicionais e outros benefícios 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](http://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 – Califórnia - Paraná

E-mail: saudecalifornia@hotmail.com

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

**4.6.2.** A forma de computo da pontuação de todos os itens está disponível nos ANEXOS deste edital.

**4.6.3.** Será fornecido ao inscrito o número da inscrição.

**4.6.4.** Após a conclusão da inscrição, não será possível incluir ou alterar informações na inscrição realizada. Se houver necessidade da alteração a inscrição deverá ser excluída e realizada novamente durante o período de inscrições. Após o encerramento deste período nenhuma alteração poderá ser realizada.

**4.6.5** O candidato é responsável pelas informações constantes no cadastro e na inscrição, arcando com as consequências em relação a eventuais erros, fraudes ou omissões, nas esferas administrativas, cível e penal.

**4.7.** Ficará reservado à pessoa com deficiência o percentual de 5% (cinco por cento) das contratações que venham a surgir durante o ano. Para a contratação é necessário que as atribuições da função sejam compatíveis com a sua deficiência.

**4.7.1.** Quando a aplicação do percentual resultar em número fracionado, este deverá ser elevado até o primeiro número inteiro subsequente, respeitando o percentual máximo de 20% (vinte por cento) das vagas oferecidas no certame.

**4.7.2.** Considera-se pessoa com deficiência aquela que tem impedimento de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, o qual, em interação com uma ou mais barreiras, pode obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições 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 à reserva de vagas de que trata o item 4.6, o candidato deverá escolher, no ato da inscrição, a função com a opção Pessoa com Deficiência (PcD).

**4.7.4.** O candidato inscrito como pessoa com deficiência participará do processo seletivo em igualdade de condições com os demais candidatos no que concerne às exigências estabelecidas neste Edital.

**4.7.5** No ato da inscrição, o candidato com deficiência declara que está ciente das atribuições da função para a qual pretende se inscrever e que, no caso de vir a exercê-la e alegar incompatibilidade com as funções, ficará sujeito ao encerramento do contrato, após processo administrativo em que lhe sejam assegurados o contraditório e a ampla defesa.



## SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

CEP 86820-000 – Califórnia - Paraná

E-mail: saudecalifornia@hotmail.com

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

**4.7.6.** O candidato inscrito como pessoa com deficiência deverá apresentar, às suas expensas, laudo médico (modelo Anexo III), original ou cópia autenticada, emitido nos 12 (doze) meses anteriores ao último dia do período de inscrição, por especialista da área, atestando a deficiência e a compatibilidade com as atribuições da função pretendida, devendo, para tanto, constar, de forma expressa:

- a) espécie e grau ou nível da deficiência;
- b) código correspondente, segundo a Classificação Internacional de Doenças – CID;
- c) limitações funcionais;
- d) função para a qual é candidato;
- e) se existe ou não compatibilidade com as atribuições da função pretendida e descritas no item 3.2 deste Edital;
- f) data de expedição, assinatura e carimbo com o número do Conselho Regional de Medicina – CRM do médico especialista na área da deficiência que emitiu o laudo;
- g) laudo médico, que deve ser legível, sob pena de não ser considerado.

**4.7.7.** Não serão consideradas como deficiência as disfunções visuais e auditivas passíveis de correção mediante o uso de lentes ou aparelhos específicos.

**4.7.8.** Será excluído deste Processo Seletivo Simplificado o candidato com deficiência incompatível com a natureza das atribuições e exigências para o desempenho da função, caracterizada ou não pela legislação vigente.

**4.7.9.** Será excluído da lista de classificação de pessoa com deficiência, e concorrerá exclusivamente à vaga de ampla concorrência, o candidato que apresentar laudo médico em desacordo com os critérios especificados neste edital ou apresentar laudo médico que não caracterize a deficiência de acordo com a legislação vigente.

**4.7.10.** O candidato inscrito como pessoa com deficiência que obtiver classificação dentro dos critérios estabelecidos neste Edital figurará em lista específica e também na listagem de ampla concorrência.

**4.7.11.** A opção de reserva de vagas terá validade, exclusivamente, para o Processo Seletivo Simplificado deste Edital.

**4.8.** Não haverá cota de reserva de vagas nas listas de classificação em que haja número insuficiente de classificados para a aplicação do percentual previsto em Lei.



## SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

CEP 86820-000 – Califórnia - Paraná

E-mail: saudecalifornia@hotmail.com

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

**4.9.** Para contratação, será utilizada a orientação descrita no quadro a seguir, após observados os percentuais reservados, as regras específicas de arredondamento e o limite máximo da reserva de vagas.

**4.10.** Quando o percentual de reserva de vaga já estiver atendido e não houver candidatos de ampla concorrência convocados presentes na sessão pública, deverá ser realizada a convocação na lista de ampla concorrência.

**4.11.** Na hipótese de não existirem candidatos inscritos para reserva de vagas como pessoa com deficiência, todas as vagas serão destinadas aos candidatos classificados na lista de ampla concorrência.

**4.12.** O candidato, ao realizar sua inscrição, também manifesta ciência e concordância quanto à divulgação de seus dados em listagens e resultados, tais como aqueles relativos à pontuação, a pessoa com deficiência, entre outros, tendo em vista que essas informações são essenciais para o fiel cumprimento da publicidade dos atos atinentes ao Processo Seletivo Simplificado. Não serão consideradas reclamações posteriores e os candidatos devem estar cientes de que tais informações poderão ser encontradas na rede mundial de computadores por meio dos mecanismos de busca atualmente existentes.

**4.13.** A inscrição implica em um compromisso tácito, por parte do candidato, de aceitação das condições estabelecidas neste edital.

**4.14.** Não será aceito pedido de inscrição via fax, via correio eletrônico (e-mail), ou qualquer outro que não o presencial.

**4.15.** Ficarão reservados o percentual de 10% (dez por cento) das contratações que venham a surgir durante o período, 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 nº 1.877, de 13 de setembro de 2021.

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

**4.17** Considera-se pessoa negra o candidato que assim se autodeclare e que possua cor de pele preta ou parda e outros traços fenotípicos, tais como a textura do cabelo e os aspectos faciais, que combinados ou não, 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)**





## SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

CEP 86820-000 – Califórnia - Paraná

E-mail: saudecalifornia@hotmail.com

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

5.4.1. Serão computados TEMPO DE SERVIÇO comprovados apenas no período de 01/08/2011 a 31/07/2021, sendo 2 (dois) pontos para cada ano trabalhado, até o limite de 20 (vinte) pontos, cuja comprovação se dará da seguinte forma:

a) Carteira de Trabalho e Previdência Social – CTPS: original (para conferência) e cópia das páginas da foto e da qualificação civil do empregado e do(s) contrato(s) de trabalho, para tempo de serviço prestado em setor privado e em regime celetista;

b) Declaração, certidão, portaria, contrato de trabalho ou dossiê histórico-funcional: original e cópias de documento oficial emitido por instituição pública, com carimbo do CNPJ, assinatura e carimbo do responsável pelo setor de pessoal.

5.4.2 Não será pontuado tempo de serviço utilizado ou em processo de utilização 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 inscrição para o qual realizou suas contribuições. Caso já esteja aposentado (a), o período de tempo utilizado para a concessão do benefício não será admitido para pontuação neste Processo Seletivo Simplificado.

5.4.4. Caso, no documento utilizado para a comprovação do tempo de serviço, conste função ou cargo com nomenclatura diversa das previstas neste Edital, o candidato não poderá informar esse tempo.

5.4.5. O tempo trabalhado em mais de um emprego no mesmo período **será considerado uma única vez.**

5.4.6. O tempo de serviço **em atividade voluntária ou como bolsista não será aceito** e não deverá ser informado.

5.5. Todos os títulos informados no momento da inscrição deverão estar legalizados nos órgãos competentes e ser comprovados por meio de documentação oficial no momento da inscrição.

5.6. Em hipótese alguma será admitida a juntada de títulos após o encerramento do prazo estabelecido neste edital.

5.7. Somente serão avaliados os documentos legíveis que não apresentem rasuras e estejam em perfeito estado de conservação.

5.8. Terá pontuação zero na prova de títulos, o candidato que não entregar os títulos na forma, no prazo e no local estipulados neste Edital, não cabendo qualquer recurso quanto à infringência deste item.

5.9. Os títulos apresentados que excederem o valor máximo previsto em cada item da tabela de pontuação não serão considerados para a pontuação do candidato.



## SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

CEP 86820-000 – Calif6rnia - Paran6

E-mail: saudecalifornia@hotmail.com

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

### 6. RESULTADO

#### 6.1. Classifica76o provis6ria

**6.1.1.** A nota final do candidato classificado ser6 o somat6rio dos pontos obtidos nos itens de escolaridade, tempo de servi76o e aperfei76oamento profissional, registrados pelo candidato na inscri76o, conforme Tabela de Pontua76o de T6tulos apresentada nos Anexos deste Edital. Os candidatos ser6o classificados automaticamente por ordem decrescente de pontua76o.

**6.1.2** Na hip6tese de igualdade de nota final entre candidatos, ser6o aplicados os crit6rios de desempate, conforme abaixo:

- a) maior idade;
- b) maior pontua76o no item de escolaridade;
- c) maior pontua76o no item tempo de servi76o.

**6.1.3.** A classifica76o provis6ria ser6 publicada no dia **05/11/2021**, ap6s 6s 16h, no endere76o eletr6nico <http://www.california.pr.gov.br/> e nos murais da Prefeitura e Secretaria Municipal de Sa76de de Calif6rnia.

#### 6.2. Recursos

**6.2.1** Caber6 interposi76o de recurso ap6s a divulga76o do resultado provis6rio, desde que:

- a) sejam enviados pelo candidato entre os dias **08 e 09/11/2021**, atrav6s do e-mail: [admsaude@california.pr.gov.br](mailto:admsaude@california.pr.gov.br);
- b) sejam apresentados em um 6nico formul6rio, conforme modelo anexo a este edital, devendo conter a totalidade de questionamentos;
- c) sejam devidamente fundamentados com a indica76o expressa do item do Edital que entenda n6o ter sido atendido, justificando-o.

**6.2.2.** Ser6o indeferidos os recursos que:

- a) n6o estiverem devidamente fundamentados;
- b) estiverem em desacordo com as especifica76es contidas neste Edital;
- c) forem apresentados fora do prazo estabelecido.

**6.2.2.1.** N6o ser6o apreciados recursos que apresentem argumenta76o baseada em erro do candidato no preenchimento dos dados no momento da inscri76o e/ou que apresentem questionamentos sobre outros candidatos.



## SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

CEP 86820-000 – Califórnia - Paraná

E-mail: [saudecalfornia@hotmail.com](mailto: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 – Califórnia - Paraná

E-mail: saudecalifornia@hotmail.com

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

disciplinar, ambos pela Prefeitura Municipal de Califórnia, nos últimos 5 (cinco) anos, excetuados os casos em que a sindicância tenha constatado contratação/admissão indevida por parte da administração.

7.7. O candidato somente estará apto para a contratação quando:

- a) comprovar os títulos e demais documentos no momento da inscrição;
- b) comprovar no ato da contratação as exigências de titulação e registro;
- c) existir vaga para a contratação quando convocado;

7.8. Para ser contratado, o candidato deverá identificar-se e **APRESENTAR OS SEGUINTE DOCUMENTOS PESSOAIS** originais ou documentos de aplicativos de celular de órgãos oficiais, em situação regular, acrescidos de uma cópia, **às suas expensas**, ou cópia autenticada em cartório quando não apresentado documento original:

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) **Carteira de Trabalho e Previdência Social – CTPS**: página da foto e qualificação da identificação do trabalhador;

d) **cartão do PIS/PASEP**, ou documento oficial emitido pela Caixa Econômica Federal, contendo o número do PIS ou comprovante de número do PIS/PASEP impresso da página do CQC – eSocial, exceto em caso de primeiro emprego, quando o Município de Califórnia será responsável 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 – Califórnia - Paraná

E-mail: saudecalifornia@hotmail.com

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

9.1.1 O candidato remetido para fim de lista poderá, se houver necessidade por parte do Município de Califórnia, ser reconvocato uma única vez, após todos os demais classificados da respectiva lista terem sido convocados. Para contratação dos candidatos em fim de lista será utilizada a ordem de classificação final.

### **10. DESISTÊNCIA**

10.1. Será considerado desistente de todas as inscrições do Processo Seletivo o candidato que:

- a) não comparecer no Departamento de Recursos Humanos da Prefeitura do Município de Califórnia na data designada conforme item 7.10;
- b) assinar Termo de Desistência de Contrato constante no Anexo deste Edital.

10.2. O candidato será considerado desistente da respectiva lista de classificação quando não comparecer ou não apresentar os documentos exigidos para a contratação, quando reconvocato.

### **11. EXCLUSÃO DO CANDIDATO**

11.1. O candidato será excluído deste Processo Seletivo Simplificado na ocorrência de qualquer das hipóteses descritas nos itens abaixo:

- a) tenha sofrido rescisão de contrato de trabalho como penalidade em decorrência de sindicância, nos últimos 5 (cinco) anos, contados retroativamente a partir da primeira convocação, excetuados os casos em que a sindicância tenha constatado contratação/admissão indevida por parte da administração;
- b) tenha sofrido penalidade de demissão em processo administrativo disciplinar após sindicância, nos últimos 5 (cinco) anos, contados retroativamente a partir da primeira convocação;
- c) tiver configurado, no momento da contratação, o acúmulo ilegal de cargos, excetuando-se os casos permitidos pelo art. 37, inciso XVI, da Constituição Federal;
- d) que tenha 75 (setenta e cinco) anos completos por ocasião da primeira convocação ou da contratação;
- e) esteja aposentado, na condição de readaptado definitivo ou por invalidez, em cargo ou função equivalente à pretendida;
- f) tiver comprovada ilegalidade nos documentos apresentados ou declaração falsa ou inexata;





## SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

CEP 86820-000 – Califórnia - Paraná

E-mail: saudecalifornia@hotmail.com

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

g) apresente laudo médico atestando deficiência incompatível com a natureza das atribuições e exigências para o desempenho da função.

11.1.1. Caso seja constatado que o candidato tenha incorrido em qualquer das hipóteses citadas no item 11.1 após sua contratação, estará sujeito à rescisão contratual, assegurados o contraditório e a ampla defesa, mediante processo administrativo.

11.2. O candidato será excluído da respectiva lista de classificação na ocorrência de qualquer das hipóteses descritas nos itens abaixo:

a) não comprove a escolaridade mínima exigida constante em cada etapa;

b) ainda que comprovada a escolaridade mínima exigida, conste em seu comprovante de inscrição escolaridade que gere pontuação maior que a efetivamente comprovada na inscrição;

c) se inscrito na lista de classificação PcD, não apresente laudo médico ou apresente em desacordo com o estabelecido neste Edital ou que não caracterize a deficiência de acordo com a legislação vigente;

11.3. Caso seja constatado que o candidato tenha incorrido em qualquer das hipóteses citadas no item 11.2 somente após sua contratação, estará sujeito à rescisão contratual, assegurados o contraditório e a ampla defesa, mediante processo administrativo.

## 12. DISPOSIÇÕES FINAIS

12.1. O Município de Califórnia não se responsabiliza por avisos não recebidos devido à caixa postal eletrônica indisponível, bloqueios do antispam ou similares e endereços de correio eletrônico digitados incorretamente.

12.2. É de exclusiva responsabilidade do candidato acompanhar a publicação ou divulgação 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 Califórnia, prazos e condições estipulados nas demais publicações durante o Processo Seletivo.

12.3. O Município de Califórnia não fornecerá cópias de documentos já apresentados em outros certames, nem se responsabilizará por documentação que exige prazo de emissão, sendo de responsabilidade exclusiva do candidato a providência antecipada dos documentos, cópias, custas ou impressão por sistemas de computadores.



## SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

CEP 86820-000 – Califórnia - Paraná

E-mail: [saudecalfornia@hotmail.com](mailto:saudecalfornia@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 01 (um) ano, 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](http://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,



**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

**CEP 86820-000 – Califórnia - Paraná**

**E-mail: saudecalifornia@hotmail.com**

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

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

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

**12.14.** Os casos omissos serão resolvidos por comissão, designada para esse fim por meio de Portaria.

**Califórnia/PR, 15 de outubro de 2021.**

**PAULO WILSON MENDES**

Prefeito

**PEDRO ANTÔNIO FIRMO DA SILVA**

Presidente da Comissão Organizadora e Avaliadora

**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

CEP 86820-000 – Califórnia - Paraná

E-mail: saudecalifornia@hotmail.com

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

**ANEXO I****FICHA DE INSCRIÇÃO****PROCESSO SELETIVO SIMPLIFICADO (PSS) Nº 079/2021**

<b>Nome completo, sem abreviações:</b>			
<b>Data de nascimento:</b>	<b>Doc. de Identidade (RG) nº:</b>	<b>Órgão Emissor:</b>	<b>CPF/MF nº:</b>
<b>Título Eleitoral:</b>		<b>Estado Civil</b>	<b>Nº Filhos</b>
<b>Endereço Completo:</b> Rua/Av. _____ nº _____ Bairro: _____ CEP: _____ Cidade: _____ Estado: _____			
<b>Celular</b>	<b>com</b>	<b>Telefone Fixo com DDD:</b>	
<b>DDD:</b>			
<b>E-mail:</b>			
<b>Grau de Escolaridade:</b> ( ) Superior Completo                      ( ) Superior Incompleto                      ( ) Nível Médio Completo			
<b>Cargo Pretendido:</b> ( ) Enfermeiro			
<b>Deseja concorrer às vagas de Portadores de Necessidades Especiais (PcD):</b> ( ) Sim    ( ) Não			
<b>Deseja concorrer as vagas de pessoas afrodescendentes</b> ( ) Sim    ( ) Não			
<b>Declaração:</b> 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.			
<b>Data:</b>		<b>Assinatura do Candidato:</b>	



## SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

CEP 86820-000 – Califórnia - Paraná

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

<b>Nome do Candidato:</b>	
<b>Tipo dos Documentos</b>	
<b>Conferência</b>	
<b>Fotocópias</b>	<b>Apresentou?</b>
Documento de Identidade – RG	( ) Sim ( ) Não
Comprovante de residência	( ) Sim ( ) Não
Cartão do Cadastro de Pessoa Física do Ministério da Fazenda, CPF/MF.	( ) Sim ( ) Não
Diploma original de conclusão da escolaridade no Curso exigido para o cargo ou fotocópia autenticada ou declaração emitida pela instituição de ensino	( ) Sim ( ) Não
Documentos que possibilitem a pontuação de seus títulos.	( ) Sim ( ) Não
Cópia da carteira de trabalho ou documentos que possibilitem a pontuação de sua experiência profissional.	( ) Sim ( ) Não
<b>Cargo Pretendido:</b>	
( ) Enfermeiro	
<b>Data:</b> _____/_____/2021	<b>Nome do Funcionário Responsável pela Inscrição:</b>
<b>Assinatura do Candidato:</b>	

Declaro que no momento da inscrição, todas as páginas foram numeradas e rubricadas, totalizando \_\_\_\_\_ páginas.



## 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
<b>Ensino Superior completo</b>	<b>10 (dez) pontos</b>	
Ensino Superior em curso: Declaração ou Atestado de Matrícula e Frequência	1 por semestre, máximo 9 (nove) semestre – <b>(NESTE ITEM O MÁXIMO É DE 9 PONTOS)</b>	
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.	<b>2 (dois) pontos para cada pós</b> , limitando ao máximo de 3 (três) pós <b>(NESTE ITEM O MÁXIMO É 6 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.	<b>8 (oito) pontos</b> <b>(NESTE ITEM O MÁXIMO É 8 PONTOS)</b>	
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.	<b>10 (dez) pontos</b> <b>(NESTE ITEM O MÁXIMO É 10 PONTOS)</b>	
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 <b>carga horária total mínima de 20 (vinte) horas</b>	<b>0,2 (dois décimos) por capacitação</b> , limitando a 5 (cinco) capacitações <b>(NESTE ITEM O MÁXIMO É 1 PONTO)</b>	
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. <b>(NESTE ITEM O MÁXIMO É 20 PONTOS)</b>	
<b>TOTAL DE PONTOS GERAL</b>	<b>55 PONTOS</b>	
ASSINATURA DO CANDIDATO		
<b>ASSINATURA EXAMINADOR 1</b>	<b>ASSINATURA EXAMINADOR 2</b>	



## 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 ENFERMEIRO, 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 SAÚDE

CEP 86820-000 – Califórnia - Paraná

E-mail: saudecalifornia@hotmail.com

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

### ANEXO V

#### ATESTADO DE SAÚDE OCUPACIONAL

(MODELO)

Nome: \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

Data de Nascimento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

Função pretendida: ENFERMEIRO

PARECER DO MÉDICO EXAMINADOR

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

( ) APTO para exercer a função de ENFERMEIRO, gozando de plena saúde física e mental.

( ) INAPTO para exercer a função de ENFERMEIRO.

**No caso de gestante, informar:**

A gestante encontra-se na \_\_\_\_\_ semana de gestação.

Local: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/2021

Médico Examinador Assinatura e Carimbo/CRM

#### **Para preenchimento do candidato na data de sua contratação**

Eu, \_\_\_\_\_,

RG Nº \_\_\_\_\_, declaro que nesta data de início do meu contrato de trabalho pelo regime especial permaneço em plenas condições de saúde física e mental para desempenhar as atribuições da função para a qual estou sendo contratado.

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 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 atenção ao disposto no art. 37, § 10, da Constituição Federal, declaro, para os devidos fins, que não recebo outra aposentadoria de Regime Próprio de Previdência Social - RPPS de quaisquer dos membros da Federação e nem acumulo cargo, emprego ou função pública junto a órgãos públicos municipais, estaduais ou federais.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ 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 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 atenção ao disposto no art. 37, § 10, da Constituição Federal, declaro, para os devidos fins, que:

( ) Recebo outra aposentadoria de Regime Próprio de Previdência Social - RPPS referente à inativação no cargo de (nome do cargo) \_\_\_\_\_ que ocupava junto à (nome da entidade) \_\_\_\_\_

( ) Ocupo o cargo/emprego de \_\_\_\_\_ (nome do cargo) junto à (nome da entidade) \_\_\_\_\_, com carga horária semanal de \_\_\_\_\_ horas, no horário das \_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_.

.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ 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 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 Califórnia declaro  
para o fim específico de contratação pelo Processo Seletivo Simplificado que não fui demitido(a) ou exonerado(a)  
do serviço público federal, estadual, distrital ou municipal em consequência de aplicação de pena disciplinar após  
sindicância, nos últimos 5 (cinco) anos, contados de forma retroativa a partir da data da contratação a que se  
refere o presente Edital, e que não perdi o cargo em razão de ordem judicial transitada em julgado a ser cumprida  
ou em cumprimento.

A não veracidade da declaração prestada é considerada como crime de falsidade ideológica, sujeitando-me às  
penas na lei.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ 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 IX

#### LAUDO MÉDICO PARA INSCRITOS COMO PESSOA COM DEFICIÊNCIA

(MODELO)

Nome: \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

A - Tipo da Deficiência: \_\_\_\_\_

B – Código CID: \_\_\_\_\_

C – Limitações Funcionais: \_\_\_\_\_

D – Função pretendida: ENFERMEIRO

E - PARECER DO MÉDICO ESPECIALISTA NA ÁREA DA DEFICIÊNCIA

De acordo com a função pretendida, declaro que a deficiência do candidato é:

( ) COMPATÍVEL para exercer a função de ENFERMEIRO.

( ) INCOMPATÍVEL para exercer a função de ENFERMEIRO.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2021.

(Local e Data)

\_\_\_\_\_  
ASSINATURA DO CANDIDATO

\_\_\_\_\_  
ASSINATURA DO MÉDICO EXAMINADOR E CARIMBO/CRM



## SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

CEP 86820-000 – Califórnia - Paraná

E-mail: saudecalifornia@hotmail.com

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

### ANEXO X

#### TERMO DE DESISTÊNCIA 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 caráter irrevogável, do Contrato em Regime Especial por meio do  
Processo Seletivo Simplificado – PSS regulamentado pelo Edital 079/2021 do Município de Califórnia/PR, no qual  
fui convocado(a) na data de \_\_\_\_ / \_\_\_\_ /2021.

Declaro estar ciente que, ao assinar a desistência do contrato não poderei assumir vagas em outras convocações.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ 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 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 Saúde de Califórnia – 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 epígrafe para a vaga de ENFERMEIRO junto a Secretaria  
Municipal de Educação de Califórnia – PR, apresento recurso junto à Comissão Especial do PSS contra a decisão  
dos avaliadores.

Interpõe-se o presente recurso pelas seguintes razões (explicar a decisão que gerou a inconformidade)

---

---

---

Os argumentos com os quais contesto a referida decisão são (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 – Califórnia - Paraná**  
**E-mail: saudecalifornia@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 comprovação de títulos pelo Processo Seletivo Simplificado da Secretaria Municipal de Saúde de Califórnia, 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 – Califórnia - Paraná

E-mail: saudecalifornia@hotmail.com

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

- 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) Carteira de Trabalho e Previdência Social – CTPS: página da foto e qualificação da identificação do trabalhador;
- d) **cartão do PIS/PASEP**, ou documento oficial emitido pela Caixa Econômica Federal, contendo o número do PIS ou comprovante de número do PIS/PASEP impresso da página do CQC – eSocial, exceto em caso de primeiro emprego, quando o Município de Califórnia será responsável por solicitar o cadastramento do candidato a ser admitido;
- 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) 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;



## 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