



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE LONDRINA

Estado do Paraná

EDITAL Nº 088/2020 – DGTES/AMS

DESCLASSIFICA E CONVOCA CANDIDATOS APROVADOS NO PROCESSO SELETIVO SIMPLIFICADO ABERTO PELO EDITAL 067/2020 – AMS/SMRH, DESTINADO À CONTRATAÇÃO, POR PRAZO DETERMINADO, DE **AUXILIAR DE ENFERMAGEM**, PARA ATENDER NECESSIDADE TEMPORÁRIA DE EXCEPCIONAL INTERESSE PÚBLICO DO MUNICÍPIO DE LONDRINA, NOS TERMOS DA LEI MUNICIPAL Nº 12.919, DE 27 DE SETEMBRO DE 2019.

Fazemos pública, para conhecimento dos interessados, a desclassificação dos candidatos(as) abaixo relacionados(as), aprovados(as) no Processo Seletivo Simplificado aberto pelo **Edital 067/2020 - AMS/SMRH**, por desistência da vaga ou descumprimento do edital de convocação.

CLASSIFICAÇÃO	Nº INSCRIÇÃO	FUNÇÃO	NOME
434º	20067010010	AUXILIAR DE ENFERMAGEM	CRISTIANE NERIS FERNANDES
436º	20067009047	AUXILIAR DE ENFERMAGEM	VANDERLEA AUGUSTO DA SILVA
438º	20067000759	AUXILIAR DE ENFERMAGEM	GESPALOMI DOMINGOS GONCALVES
440º	20067007419	AUXILIAR DE ENFERMAGEM	ADRIANA AVELAR GIRALDIS
441º	20067008091	AUXILIAR DE ENFERMAGEM	ELIANE MARIA DA SILVA SIENA
443º	20067002328	AUXILIAR DE ENFERMAGEM	SIMONE CRISTINA PEREIRA
445º	20067010509	AUXILIAR DE ENFERMAGEM	JENIFFER ALVES PEREIRA

Fazemos pública, para conhecimento dos interessados, a convocação dos candidatos(as) abaixo relacionados(as), para aceitação de vaga conforme respectiva classificação no Processo Seletivo e posterior encaminhamento que precedem a contratação.

Considerando o Art. 3º, inciso IV, alínea b, do Decreto Municipal nº 334, de 17 de março de 2020, que regulamenta medidas relativas às ações para o enfrentamento da Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN) decorrente do Coronavírus (COVID-19), os contratados trabalharão em escala, podendo atuar na Autarquia Municipal de Saúde ou em outros serviços de saúde vinculados ao Sistema Único de Saúde (SUS).

Com base no Parecer nº 257/2020 – PGM e atendendo o Decreto Municipal nº 334, com as medidas para prevenção da COVID-19, a fim de evitar circulação e aglomeração de pessoas, a entrega da documentação para contratação será dividida por horário.

Para aceitação da vaga deverá ser entregue toda a documentação do candidato, conforme tabela abaixo:

INFORMAÇÕES ENTREGA DOCUMENTOS DA ADMISSÃO	
DATA DE APRESENTAÇÃO:	03 de dezembro de 2020
LOCAL:	Autarquia Municipal de Saúde de Londrina Avenida Theodoro Victorelli, 103 - Jd Helena



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE LONDRINA

Estado do Paraná

FORMA:	Entrega de todos os documentos relacionados no ANEXO I e entrega dos formulários ANEXO II e III devidamente preenchidos, os quais deverão ser entregues em ENVELOPE A4, devidamente lacrado e identificado com o "Protocolo Entrega de Documentos", conforme modelo disposto no ANEXO IV deste Edital.
COMPETÊNCIA:	Qualquer pessoa.

A não entrega dos documentos solicitados no prazo estabelecido implicará na desclassificação automática do candidato.

Horário da apresentação: 09:00			
CLASSIFICAÇÃO	Nº INSCRIÇÃO	FUNÇÃO	NOME
446º	20067003391	AUXILIAR DE ENFERMAGEM	TAINARA REGINA SANTOS BISCAIA
447º	20067009934	AUXILIAR DE ENFERMAGEM	JOSIANE SOARES DA SILVA
448º	Candidato convocado pela Classificação de Afro-brasileiro Edital nº 070/2020-DGTES/AMS		
449º	20067002980	AUXILIAR DE ENFERMAGEM	ALEXANDRE BRAGA
450º	Candidato convocado pela Classificação de Afro-brasileiro Edital nº 070/2020-DGTES/AMS		
451º	20067005777	AUXILIAR DE ENFERMAGEM	CRISTIANE DA SILVA
452º	20067005130	AUXILIAR DE ENFERMAGEM	UBIRAJARA AMARAL FERNANDES
453º	Candidato convocado pela Classificação de Afro-brasileiro Edital nº 070/2020-DGTES/AMS		
454º	20067002271	AUXILIAR DE ENFERMAGEM	DARIANE ALESSANDRA RIBEIRO DIAS
455º	20067006153	AUXILIAR DE ENFERMAGEM	ISABELA DE SOUZA GARCIA

O candidato deverá realizar todas as etapas de contratação nos prazos estabelecidos. O não cumprimento do prazo, ou ausência de apresentação da documentação exigida, implicará na desclassificação automática do candidato.

Londrina, 26 de novembro de 2020.

Carlos Felipe Marcondes Machado
DIRETOR SUPERINTENDENTE
AUTARQUIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Eliane Sandra Vieira
DIRETORA DE GESTÃO DO TRABALHO E DA
EDUCAÇÃO EM SAÚDE



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE LONDRINA

Estado do Paraná

ANEXO I

DOCUMENTOS NECESSÁRIOS (Cópias simples)

- a) RG (Identidade);
- b) CPF (CIC);
- c) Título de Eleitor;
- d) Quitação eleitoral, disponível no site www.tse.jus.br → **Eleitor** → **Certidões** → **Quitação Eleitoral**);
- e) Certidão de nascimento ou casamento, com as respectivas averbações, se for o caso;
- f) Cadastramento de PIS/ PASEP;
- g) Comprovante de Residência;
- h) Comprovante de Conclusão do Curso de AUXILIAR DE ENFERMAGEM;
- i) Comprovante de Registro de AUXILIAR DE ENFERMAGEM no Conselho da Categoria (COREN) ;
- j) Certidão Negativa de Débito de Tributos Municipal: Disponível pelo site www.londrina.pr.gov.br → **Serviços Online** → **Certidão Negativa** → **Certidão Negativa Unificada CPF/CNPJ**. Ou, em caso de indisponibilidade, solicitar com antecedência no Pronto Atendimento/SMF da Prefeitura Municipal de Londrina);
- k) Se possuir outro vínculo público, apresentar declaração, emitida pelo empregador, contendo cargo que ocupa, carga horária semanal e o horário de trabalho – **ORIGINAL**;
- l) Atestado médico emitido dos últimos 15 dias, por profissional devidamente habilitado junto ao Conselho Regional de Medicina, confirmando as condições físicas do candidato para realizar as atividades da função – **ORIGINAL**;
- m) Atestado Antecedente Criminais. Disponível pelo site <http://www.institutodeidentificacao.pr.gov.br> → **Atestados** → **Solicitar atestados** → Atestados de Antecedentes Criminais.



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE LONDRINA
Estado do Paraná

ANEXO II
FICHA CADASTRAL

Função:			
Nome:			
Nome do Pai:			
Nome da Mãe:			
Sexo:	Data de Nascimento:	Naturalidade:	
UF Nascimento:		Nacionalidade:	
Afro Brasileiro: () Sim () Não		Portador de Deficiência: () Sim () Não	
Tipo de Deficiência: () Auditiva () Visual () Física () Outra _____			
RG.:	Órgão Emissor:	UF:	Data Emissão:
C.P.F.:		PIS/PASEP:	
Título de Eleitor:		Zona Eleitoral:	Seção:

Endereço Residencial:			Nº
Complemento:		Bairro:	
Cidade:	UF:	CEP:	
E-Mail:			
Telefone Residencial: ()		Celular: ()	
Telefone para Recado: ()		Pessoa para Contato:	
Escolaridade: () Fundamental () Médio () Superior () Pós-Graduação			
Estado Civil:	Nome do Cônjuge:		
Filhos Menores de 21 Anos <i>*Dependentes de Imposto de Renda</i>			
Nome:		Data Nascimento:	
Nome:		Data Nascimento:	
Nome:		Data Nascimento:	

Aceito a vaga para qual fui convocado e declaro serem verdadeiras as informações acima prestadas, comprometendo-me a submeter-me, a partir desta data, a realizar todas as etapas de admissão exigidas pela Autarquia Municipal de Saúde, bem como estou ciente que posso ser desclassificado pelo descumprimento das normas editalícias.

DATA: ____ / ____ / ____

ASSINATURA



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE LONDRINA

Estado do Paraná

ANEXO III

DECLARAÇÃO DE NÃO ACÚMULO OU ACÚMULO LÍCITO DE CARGOS PÚBLICOS OU PROVENTOS

Eu, _____, abaixo assinado(a),
nascido(a) em ____/____/_____, residente e domiciliado(a), à
Rua _____ nº _____,
Bairro _____, CEP _____, na cidade de
_____, portador da Cédula de Identidade nº _____, CPF
nº _____ face a minha convocação para o ingresso no Quadro de Servidores da Autarquia
do Serviço Municipal de Saúde do Município de Londrina, na função de
_____.

DECLARO, para efeitos de admissão, conforme dispõe o artigo 37, incisos XVI e XVII, da
Constituição Federal, alterado conforme Emenda Constitucional nº 34, de 13 de Dezembro de 2001, e o artigo
8º, inciso VIII da Lei 4928/92 - Estatuto do Regime Jurídico Único dos Servidores Públicos Civis do Município
de Londrina, que:

**1. Recebo proventos de aposentadorias como servidor público municipal, estadual ou federal,
ressalvados os cargos previstos na Constituição Federal:**

Sim Não

Se a resposta for SIM: Possuo outro vínculo público no cargo de _____,
sendo este ao órgão _____, recebendo proventos equivalentes a
_____ (R\$_____).

2. Foi demitido(a) do Serviço Público Municipal, Estadual ou Federal.

Sim Não

3. Possuo outro cargo, emprego ou função pública:

Sim Não

Se a resposta for SIM: Possuo outro vínculo público no cargo de
_____, sendo este ao órgão
_____, onde exerço minhas funções no horário
compreendido entre _____, com jornada semanal de _____ horas,
recebendo proventos equivalentes a _____ (R\$_____).

DECLARO ainda, estar ciente da proibição de acumulação remunerada de cargos públicos, em conformidade
ao disposto no artigo 37, incisos XVI e XVII e § 10º da Constituição Federal e em especial cumprimento ao
artigo 24, §3º e artigo 195, da Lei 4.928/92 – Estatuto dos Servidores Públicos Civis do Município de Londrina,
bem como das implicações criminais por falsa declaração, conforme o artigo 299 do Código Penal.

Por ser expressão da verdade, dato e assino o presente.

Londrina, _____ de _____ de 2020.

(assinatura)



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE LONDRINA
Estado do Paraná

ANEXO IV

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS PARA CONTRATAÇÃO

Eu, _____

RG: _____ Fone: _____

Candidato convocado para a função de: _____

Declaro que acondicionei no ENVELOPE A4, devidamente lacrado e identificado com este "PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS PARA CONTRATAÇÃO", as fotocópias dos documentos constante no ANEXO I e os formulários do ANEXO II e III, devidamente preenchidos. E declaro ainda que, estou ciente que a Autarquia Municipal de Saúde de Londrina poderá solicitar, a qualquer momento, a apresentação dos documentos em suas vias originais.

Londrina, ____ de _____ de 2020.

ASSINATURA DO CANDIDATO: _____



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE LONDRINA
Estado do Paraná

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS PARA CONTRATAÇÃO

COMPROVANTE DE ENTREGA

Eu, _____

Candidato convocado para a função de: _____

Londrina, ____ de _____ de 2020.

RECEBIDO DGTES/AMS: _____