

**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 038/2023**

Nome completo, sem abreviações:			
Data de nascimento:	Doc. de Identidade (RG) nº:	Órgão Emissor:	CPF/MF nº:
Título Eleitoral:		Estado Civil	Nº Filhos
Endereço Completo: Rua/Av. _____ nº _____ Bairro: _____ CEP: _____ Cidade: _____ Estado: _____			
Celular com DDD:		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 038/2023.			
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 II

LISTA DE CONFERÊNCIA DE DOCUMENTOS QUE ACOMPANHAM A FICHA DE INSCRIÇÃO PROCESSO SELETIVO SIMPLIFICADO (PSS) Nº 038/2023

Nome do Candidato:	
Tipo dos Documentos	Conferência
Fotocópias	Apresentou?
Documento de Identidade – RG	() 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
Cargo Pretendido: () Agente Comunitário de Saúde	
Data: ____/____/2023	Nome do Funcionário Responsável pela Inscrição:
Assinatura do Funcionário:	Assinatura do Candidato:

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 038/2023**

NOME DO CANDIDATO		
ESCOLARIDADE	MÁXIMO DE PONTOS	TOTAL DE PONTOS
a) Ensino Superior completo – 10,00 pontos, ou; b) Ensino Superior em curso: Declaração ou Atestado de Matrícula e Frequência – 1,0 por semestre, máximo 9 (nove) semestre – 9,0 pontos, ou; c) Técnico Profissionalizante de nível médio: Histórico Escolar ou Certificado de Conclusão do Ensino Médio – 5,0 pontos.	10,0 pontos (NESTE ITEM O MÁXIMO É 10,0 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 <u>carga horária total mínima de 08 (oito) horas</u>	10,0 pontos 2,0 por capacitação , limitando a 5 capacitações (NESTE ITEM O MÁXIMO É 10,0 PONTOS)	
TEMPO DE SERVIÇO	MÁXIMO DE PONTOS	TOTAL DE PONTOS
Exercício de atividade profissional no cargo pretendido no <u>período de 01/05/2013 a 30/04/2023</u> .	20,0 pontos 2,0 pontos para cada ano trabalhado. (NESTE ITEM O MÁXIMO É 20,0 PONTOS)	
TOTAL DE PONTOS GERAL	40,0 PONTOS	
ASSINATURA DO CANDIDATO	ASSINATURA DO FUNCIONÁRIO	
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:

() Inscrição

() Apresentação de Documentos para Contratação do PROCESSO SELETIVO SIMPLIFICADO –
PSS/PR EDITAL 038/2023, para a função de _____, podendo
o outorgado assinar todos os atos necessários para o cumprimento do presente.

_____, _____ de _____ de 2023.

(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:

() Agente Comunitário de Saúde

PARECER DO MÉDICO EXAMINADOR

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

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

() INAPTO para exercer a função de _____

No caso de gestante, informar:

A gestante encontra-se na _____ semana de gestação.

Local: _____ Data: _____ / _____ /2023

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 2023.

(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 2023.

(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 038/2023 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 2023.

(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:

() Agente Comunitário de Saúde

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 _____.

() INCOMPATÍVEL para exercer a função de _____.

(Local e Data) _____, _____ de _____ de 2023.

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 038/2023 do Município de Califórnia/PR, no qual fui convocado(a) na data de ____ / ____ /2023.

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

_____, _____ de _____ de 2023.

(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 038/2023, 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
_____ 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 2023.

(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 2023.

(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

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



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

CEP 86820-000 – Califórnia - Paraná

E-mail: saudecalifornia@hotmail.com

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

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;

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



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

CEP 86820-000 – Califórnia - Paraná

E-mail: saudecalfornia@hotmail.com

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

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