**PROCESSO SELETIVO PÚBLICO SIMPLIFICADO Nº 001/2023**

# EDITAL Nº 05.01/2023

**EU, SEZAR AUGUSTO BOVINO, PREFEITO DO MUNICÍPIO DE RIO BONITO DO IGUAÇU, ESTADO DO PARANÁ, NO USO DAS ATRIBUIÇÕES LEGAIS QUE ME SÃO CONFERIDAS POR LEI,**

**RESOLVO:**

**CONVOCAR** as candidatas infra relacionadas aprovadas no Processo Seletivo Público Simplificado nº 001/2023, para provimento de funções públicas na Prefeitura Municipal de Rio Bonito do Iguaçu, nos termos da legislação pertinente e das normas estabelecidas no Processo Seletivo Público Simplificado nº 001/2023 Edital nº 01.01/2023, cuja homologação final foi divulgada por meio do Edital nº 01.04/2023, para apresentação dos seguintes documentos junto ao Departamento de Recursos Humanos na Prefeitura Municipal, sito á Rua 7 de Setembro, n.º 720, Município de Rio Bonito do Iguaçu, Estado do Paraná, no prazo de até 5 (cinco) dias contados a partir da publicação deste Edital de Convocação, as quais deverão atender aos seguintes requisitos e apresentarem os documentos infra relacionados:

**I - DOS REQUISITOS PARA ADMISSÃO**

* + 1. Ter nacionalidade brasileira;
    2. Ter, no mínimo, 18 (dezoito) anos completos na data da contratação;
    3. Ter cumprido as obrigações e encargos militares previstos em lei, quando for o caso;
    4. Estar em dia com as obrigações eleitorais.

**II - DOS REQUISITOS PARA ADMISSÃO**

* + - 1. Uma foto 3x4 recente;
      2. Cópia do RG;
      3. Cópia do CPF;
      4. Cópia do PIS/PASEP;
      5. Cópia do Título de Eleitor e ultimo comprovante de votação;
      6. Carteira de Trabalho;
      7. Atestado de Saúde, conforme Anexo 01 deste Edital;
      8. Documentos comprobatórios de capacitação profissional exigidos no Edital 001/2023;
      9. Documentos comprobatórios de tempo de serviço exigidos no Edital 01/2023.
      10. Registro no Coren para o cargo de Enfermeiro;
      11. Comprovante de endereço;
      12. Fotocópia da Certidão de Casamento, se casado ou declaração de união estável;
      13. Fotocópia do Cartão de Identificação do Contribuinte - Pessoa Física – CPF do cônjuge ou companheiro;
      14. Fotocópia da Cédula de Identidade do cônjuge ou companheiro;
      15. Fotocópia da Certidão de nascimento dos filhos menores de 21 anos;
      16. Fotocópia do Cartão de Identificação do Contribuinte - Pessoa Física – CPF dos filhos menores de 21 anos;
      17. Fotocópia da Carteira de Vacinação dos filhos menores de 6 anos;
      18. Certidão Negativa comprovando não estar condenado por sentença criminal transitada em julgado e não cumprida, de antecedentes criminais, sem ressalvas, expedida pelo cartório criminal;
      19. Declaração assinada pelo candidato comprovando não ter sido demitido por justa causa do serviço público;
      20. Declaração assinada pelo candidato comprovando não estar aposentado em decorrência de cargo, função ou emprego público de acordo com o previsto no inciso XVI, XVII e parágrafo 10 do art. 37 da Constituição Federal, alterado pelas Emendas Constitucionais n º 19 e 20;
      21. Declaração assinada pelo candidato comprovando não estar em exercício de cargo, função ou emprego público, de acordo com o previsto no art. 37, XVI, XVII e §10 da Constituição Federal;
      22. Comprovante de abertura de Conta salário junto ao Banco Bradesco, contendo nº da Agencia e nº da conta;
      23. Fotocópia de comprovante de qualificação cadastral apto para ser utilizado no eSocial (consulta pode ser realizada no seguinte site do Governo Federal: [**http://consultacadastral.inss.gov.br/Esocial/pages/index.xhtml**](http://consultacadastral.inss.gov.br/Esocial/pages/index.xhtml)

**FUNÇÃO: PROFESSOR 20 HORAS**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | |  | |  | |  |  | |
| **INSC** | **NOME DO CANDIDATO** | **DATA**  **NASC.** | | **PONTOS**  **PÓS-GRAD.** | | **PONTOS**  **CURSOS** | **TOTAL**  **PONTOS** | | **CLASSIF** | |
| 37 | Mary Azélide do Nascimento Kwapis | 06/05/1984 | | 150 | | 60 | 210 | |  | |

**FUNÇÃO: ENFERMEIRO 40 HORAS**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | |  |  |  |  |  |
| **INSC** | **NOME DO CANDIDATO** | **DATA**  **NASC.** | **PONTOS**  **PÓS-GRAD.** | **PONTOS**  **EXPER.**  **PROF.** | **TOTAL**  **PONTOS** | **CLASSIF** |
| 78 | Osni Jose de Ramos | 20/08/1986 | 2,0 | 8,5 | 10,5 | 1º |
| 15 | Juceleia Alexandre Soares | 02/10/1076 | 2,0 | 6,0 | 8,0 | 2º |
| 80 | Monique De Campos Peyerl | 04/06/1993 | - | 3,0 | 3,0 | 3º |
| 103 | Julye stephani de Oliveira Rocha | 17/09/1998 | 1,0 | 2,0 | 3,0 | 4º |

Gabinete do Prefeito Municipal de Rio Bonito do Iguaçu-PR., em 25 de outubro de 2023.

**SEZAR AUGUSTO BOVINO**

**Prefeito Municipal**

|  |  |
| --- | --- |
| **ANEXO 01** | Processo Seletivo Público Simplificado – PSS nº 001/2023  **FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO MÉDICA** |
| **Nome do Candidato (a):** | |
| Função: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Zona Urbana e Rural. | |
| **1) É portador de alguma afecção incapacitante para a função que vai exercer?** | |
| **2) Já realizou tratamentos médicos anteriores? Para qual motivo? Por quanto tempo?** | |
| **3) Necessitou ficar em auxílio-doença, por motivo de doença clínica ou psiquiátrica?** | |
| **4) O candidato (a) apresenta sinais ou sintomas de doença clínica ou psiquiátrica que limite ou incapacite de exercer a função?** | |

Rio Bonito do Iguaçu/PR, / /

Assinatura do Médico e Carimbo com CR