



## SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

### AVISO PÚBLICO

**AVISO DE ABERTURA PARA CONTRATAÇÃO DIRETA DE TÉCNICO EM ENFERMAGEM PARA ATUAR JUNTO À SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE LUPIONÓPOLIS - PARANÁ, POR TEMPO DETERMINADO, PARA COMBATER SURTOS EPIDÊMICOS, CONFORME LEI MUNICIPAL Nº 12/2016 DE 01/06/2016, ART. 2º, INCISO II E ART. 4º, PARÁGRAFO 1º.**

#### **1- CARGO: TÉCNICO EM ENFERMAGEM**

Remuneração: R\$ 1.537,35

Nº vagas: 02

Carga horária: 40 horas semanais

Período de duração do contrato: 03 (três) meses.

#### **2- REQUISITOS:**

- a) Ensino Médio Completo;
- b) Curso Técnico profissionalizante de Técnico de Enfermagem;
- c) Registro no COREN.

#### **3- ATRIBUIÇÕES:**

Prestar assistência de enfermagem segura, humanizada e individualizada aos pacientes sob supervisão do enfermeiro;

Colher e ou auxiliar o cliente na coleta de material para exames de laboratório, segundo orientação;

Verificar os sinais vitais e as condições gerais dos pacientes, segundo prescrição médica e de enfermagem;

Auxiliar nos atendimentos de urgência e emergência;

Realizar controles e registros das atividades do setor e outros que se fizerem necessários para a realização de relatórios e controle estatístico;

Executar atividades de limpeza, desinfecção, esterilização de materiais e equipamentos, bem como seu armazenamento e distribuição;

Participar de programa de treinamento e reunião, quando convocado;

Executar tarefas pertinentes à área de atuação, utilizando-se de equipamentos e programas de informática;

Executar outras tarefas compatíveis com as exigências para o exercício da função.

#### **4- DAS PROIBIÇÕES**



**ESTADO DO PARANÁ**  
**PREFEITURA MUNICIPAL DE LUPIONÓPOLIS**  
CNPJ 75.845.511/0001-03

## **SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

Não poderão ser contratados menores de dezoito anos, pessoas com os direitos políticos suspensos, pessoas que não estiverem em dia com o Serviço Militar ou que estiverem impedidas de contratar com o Poder Público, pela legislação aplicável.

### **5- DAS INSCRIÇÕES**

As inscrições serão presenciais e deverão ser efetuadas na Secretaria Municipal de Saúde, no período de **26 a 30 de junho de 2020, das 08h00min às 12h00min e das 14h00min às 17h00min**, no seguinte endereço: Rua Vereador Eduardo Gusmão dos Anjos, 825, Lupionópolis-Pr.

### **6- OS INTERESSADOS DEVERÃO PROCEDER DA SEGUINTE FORMA:**

Ter em mãos no ato da inscrição, os documentos pessoais e **cópias**, como também os certificados e documentos que comprovem as especialidades constantes no item 2 (*requisitos*); e *também documentos para comprovação escolares e profissionais conforme orientação no item critério para avaliação.*

### **7- DA TAXA DE INSCRIÇÃO**

Não será cobrada taxa de inscrição.

### **8- DA ANÁLISE:**

Ficará a cargo da Secretaria Municipal de Saúde a análise dos documentos, observada a exigência mínima quanto à experiência, formação escolar, qualificação e habilitação profissional.

Lupionópolis, 25 de junho de 2020.

**EUDES CAVALLARI JÚNIOR**  
**SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE**  
*PORT. Nº 133/2018*



ESTADO DO PARANÁ  
PREFEITURA MUNICIPAL DE LUPIONÓPOLIS  
CNPJ 75.845.511/0001-03

**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

**1 – CRITÉRIOS PARA AVALIAÇÃO**

**TÉCNICO EM ENFERMAGEM**

	DOCUMENTO PARA COMPROVAÇÃO	TÍTULO (Exclusivamente na área da saúde)	ESTRUTURA DA PONTUAÇÃO		
			PONTOS POR TÍTULO	PONTUAÇÃO LIMITE	PONTUAÇÃO MÁXIMA TOTAL
ESCOLARES	Diploma ou certificado de conclusão de curso acompanhado de Histórico Escolar, emitido por IES devidamente credenciada no MEC	Ensino Superior (Graduação, Licenciatura e ou Tecnólogo)	5,00 pontos	5,00 pontos	25,00 pontos
		Especializações (Pós Graduação, Mestrado e/ou Doutorado)	5,00	20,00	

	DOCUMENTOS PARA COMPROVAÇÃO	TÍTULO	ESTRUTURA DA PONTUAÇÃO		
			PONTUAÇÃO PARA CADA MÊS DE TRABALHO	PONTUAÇÃO LIMITE	PONTUAÇÃO MÁXIMA TOTAL
PROFISSIONAIS	-Esfera Privada: Carteira de Trabalho e Previdência Social (CTPS)  -Esfera Pública: declaração ou Certidão, assinada e carimbada, contendo o tempo em anos, meses e dias.	Tempo de Serviço na função de Técnico em enfermagem	0,50 pontos	75,00 pontos	75,00 pontos
<b>PONTUAÇÃO TOTAL MÁXIMA: 100,00 PONTOS</b>					
<b>PONTUAÇÃO MÍNIMA PARA APROVAÇÃO: 5,00 PONTOS</b>					



## **SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

### **2- DA CLASSIFICAÇÃO FINAL DOS CANDIDATOS**

A nota final dos candidatos habilitados para as vagas ofertadas será igual ao total de pontos obtidos na análise de DOCUMENTOS.

Na hipótese de igualdade de nota final, terá preferência, para fins de desempate, sucessivamente, o candidato que:

- a) tiver maior idade;
- b) tiver maior escolaridade.
- c) Tiver maior número de filhos.

Será desclassificado o candidato que não tiver disponibilidade de horário de acordo com as necessidades da Secretaria solicitante.

### **3- DA CONVOCAÇÃO**

A convocação do candidato dar-se-á por meio de publicações dos atos a ele pertinentes;

O convocado comparecerá em dia, horário e local fixado no ato da convocação, portando a documentação exigida, sob pena de deserção e preclusão do direito;

Não será deferido pedido de adiamento da convocação, seja por qual pretexto for, sendo então, o convocado considerado ausente.

### **4- DO CONTRATO**

O contrato terá duração de 03 (três) meses, podendo ser prorrogado por igual período firmado com a Administração Municipal tem modalidade de Contrato Administrativo, a título temporário nos termos da legislação municipal, sem direito a anotação em CTPS (Carteira de Trabalho e Previdência Social) e depósito de FGTS (Fundo de Garantia por Tempo de Serviço);

O contrato padrão conterà cláusulas estipulando:

- a) prazo por período previamente determinado e expressamente fixado;
- b) remuneração e carga horária.

### **5- DA EXTINÇÃO E DA RESCISÃO**

1 - O contrato extinguir-se-á, sem direito a indenização:

- a) pela iniciativa do contratado;
- b) pela iniciativa do contratante, justificando o interesse público;
- c) ao término do prazo contratual;
- d) quando o contratado descumprir cláusula contratual;
- e) por insuficiência de desempenho comprovada em avaliação.



## **SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

### **6 - DAS DISPOSIÇÕES FINAIS**

**1** - Todos os atos referentes à presente convocação serão publicados pela Prefeitura Municipal, sendo de inteira responsabilidade do candidato o acompanhamento das publicações dos atos e editais a ele pertinentes.

**2** - Os candidatos aprovados serão convocados na ordem de classificação.

**3** - O candidato convocado deverá apresentar, no ato da contratação, os seguintes documentos, em fotocópia:

- a)** Certidão de Nascimento, se solteiro, ou de Casamento, se casado;
- b)** Título de Eleitor e comprovante de que está em dia com as obrigações eleitorais;
- c)** CPF e Carteira de Identidade;
- d)** Certificado de reservista, se do sexo masculino;
- e)** Cartão de inscrição do PIS, PASEP ou NIT;
- f)** Diploma Registrado e Histórico Escolar ou certificado de conclusão de curso, equivalente à função pretendida;
- g)** 01 foto 3x4 recente;
- h)** comprovante de residência;
- i)** Carteira de Trabalho e Previdência Social;

**6-** O candidato convocado, que por qualquer motivo não apresentar no prazo estipulado, a documentação completa, perderá automaticamente o direito à contratação, ficando a Administração Municipal autorizada a convocar o candidato subsequente constante da lista de aprovados.

**7** - Todas as informações a respeito Aviso Público serão fornecidas pela Secretaria Municipal de saúde, no telefone 3660 1280, bem como no endereço eletrônico [www.lupionopolis.pr.gov.br](http://www.lupionopolis.pr.gov.br).

**8-** Caberá ao Prefeito Municipal a homologação do resultado deste Aviso Público.

Lupionópolis, 25 de Junho de 2020.

**EUDES CAVALLARI JÚNIOR**  
**SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE**  
*PORT. Nº 133/2018*



ESTADO DO PARANÁ  
**PREFEITURA MUNICIPAL DE LUPIONÓPOLIS**  
CNPJ 75.845.511/0001-03

## SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

FICHA DE INSCRIÇÃO  
CARGO DE TÉCNICO EM ENFERMAGEM - 40 H SEMANAIS

NOME: .....  
ESTADO CIVIL: .....  
RG: ..... CPF:.....  
DATA DE NASCIMENTO: .....  
ENDEREÇO:.....  
MUNICÍPIO/ESTADO: .....  
TELEFONE FIXO/CELULAR:.....  
POSSUI CNH/CATEGORIA: .....

POSSUI EXPERIÊNCIAS PROFISSIONAIS NA ÁREA, EM ANOS, MESES E DIAS: SE "SIM  
DESCREVA-

AS:.....  
.....  
.....  
.....  
.....

DATA:...../...../.....

ASSINATURA:.....

ANEXAR CÓPIAS DO:

- RG;
- CPF;
- ENSINO MÉDIO COMPLETO;
- CURSO TÉCNICO PROFISSIONALIZANTE DE TÉCNICO DE ENFERMAGEM;
- REGISTRO NO COREN;
- CÓPIA DE DOCUMENTOS PARA COMPROVAÇÃO ESCOLAR ;
- CÓPIA DE DOCUMENTOS PARA COMPROVAÇÃO PROFISSIONAIS.