

---

# **MUNICÍPIO DE CONSELHEIRO MAIRINCK**

Estado do Paraná

Praça Otacílio Ferreira - Fone/Fax: (0xx43) 3561-1221

CNPJ 75.968.412/0001-19

---

## **COMISSÃO ESPECIAL DO PROCESSO SELETIVO SIMPLIFICADO**

Assunto: **Apresentação da classificação parcial detalhada dos candidatos do Processo Seletivo Simplificado, dilação do prazo de recursos e resposta aos Recursos impetrados pelos Candidatos.**

Esta Comissão Especial do Processo Seletivo Simplificado:

**CONSIDERANDO** que os prazos para os recursos na fase de publicação do resultado parcial, foi em uma sexta-feira, sábado e domingo, assim com expediente da Administração Pública, somente na sexta-feira, ainda que houveram requerimentos de documentos sem atendimento, assim não sendo atendidos.

**CONSIDERANDO** que a Constituição Federal tem como princípio basilar a garantia do contraditório e a ampla defesa.

**CONSIDERANDO** que viu-se por bem a publicação detalhada do Processo Seletivo Simplificado, afim de dar oportunidade àqueles que entendem que por ventura se acharam prejudicados.

### **FICA DETERMINADO QUE:**

O prazo para a interposição de recursos nesta fase (Classificação Parcial dos Candidatos) fica prorrogado até às 12:00 horas do dia 22/04/2021.

Ainda que os pedidos de documentos somente serão recebidos até às 12:00 horas do dia 21/04/2021.

Por fim que o Resultado Final, será publicado no dia 26/04/2021, bem como sua homologação.

# **'MUNICÍPIO DE CONSELHEIRO MAIRINCK**

Estado do Paraná

Praça Otacílio Ferreira - Fone/Fax: (0xx43) 3561-1221

CNPJ 75.968.412/0001-19

## **DA CLASSIFICAÇÃO PARCIAL DETALHADA DOS CANDIDATOS:**

### **CARGO: FARMACÊUTICO**

<b>NOME: GERSON RODRIGUES DOS SANTOS</b>			
1	FICHA DE INSCRIÇÃO:		OK
2	RG:		OK
3	CPF:		OK
4	DIPLOMA OU CERTIFICADO:		OK
5	COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA:		OK
6	COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO NO CONSELHO DE CLASSE:		OK
7	COMPROVANTE DE QUITAÇÃO NO CONSELHO DE CLASSE:		OK
8	CARTEIRA DE TRABALHO OU CONTRATO		OK
9	TÍTULOS		OK
10	CTPS OU CONTRATOS:		OK
<b>TEMPO DE SERVIÇO</b>			
1	(Máximo <b>5 PONTOS</b> , sendo 0,5 por ano e não fracionado por meses)	<b>1A e 3M</b>	<b>0,5 pts.</b>
<b>TÍTULOS</b>			
1	Diploma de Bacharel em Farmácia ou Farmácia/Bioquímica	<b>10pts.</b>	<b>OK</b>
2	Certificado de Conclusão de Especialização <i>Latu Sensu</i> em Farmácia Clínica;	<b>15pts.</b>	<b>OK</b>
3	Certificado de Conclusão de Especialização <i>Latu Sensu</i> em Gestão Hospitalar	<b>30pts.</b>	
4	Certificado de Conclusão de Especialização <i>Latu Sensu</i> em Farmácia Hospitalar ou Farmácia Clínica e Hospitalar	<b>40pts.</b>	
<b>TOTAL (Tempo de serviço e títulos):</b>			<b>25,5 pt</b>

<b>NOME: MARIANA CAROSO DA SILVA</b>			
1	FICHA DE INSCRIÇÃO:		OK
2	RG:		OK
3	CPF:		OK
4	DIPLOMA OU CERTIFICADO:		OK
5	COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA:		OK
6	COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO NO CONSELHO DE CLASSE:		OK
7	COMPROVANTE DE QUITAÇÃO NO CONSELHO DE CLASSE:		OK
8	CARTEIRA DE TRABALHO OU CONTRATO		OK
9	TÍTULOS		OK
10	CTPS OU CONTRATOS:		OK
<b>TEMPO DE SERVIÇO</b>			
1	(Máximo <b>5 PONTOS</b> , sendo 0,5 por ano e não fracionado por meses)	<b>6A e 4M</b>	<b>3 pts.</b>
<b>TÍTULOS</b>			
1	Diploma de Bacharel em Farmácia ou Farmácia/Bioquímica	<b>10pts.</b>	<b>OK</b>
2	Certificado de Conclusão de Especialização <i>Latu Sensu</i> em Farmácia Clínica;	<b>15pts.</b>	<b>OK</b>
3	Certificado de Conclusão de Especialização <i>Latu Sensu</i> em Gestão Hospitalar	<b>30pts.</b>	
4	Certificado de Conclusão de Especialização <i>Latu Sensu</i> em Farmácia Hospitalar ou Farmácia Clínica e Hospitalar	<b>40pts.</b>	
<b>TOTAL (Tempo de serviço e títulos):</b>			<b>28 pts</b>

# **MUNICÍPIO DE CONSELHEIRO MAIRINCK**

Estado do Paraná

Praça Otacílio Ferreira - Fone/Fax: (0xx43) 3561-1221

CNPJ 75.968.412/0001-19

NOME: <b>VANESSA OLIVATO BERNUCCI</b>			
1	FICHA DE INSCRIÇÃO:		OK
2	RG:		OK
3	CPF:		OK
4	DIPLOMA OU CERTIFICADO:		OK
5	COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA:		OK
6	COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO NO CONSELHO DE CLASSE:		OK
7	COMPROVANTE DE QUITAÇÃO NO CONSELHO DE CLASSE:		OK
8	CARTEIRA DE TRABALHO OU CONTRATO		OK
9	TÍTULOS		OK
10	CTPS OU CONTRATOS:		OK
<b>TEMPO DE SERVIÇO</b>			
1	(Máximo <b>5 PONTOS</b> , sendo 0,5 por ano e não fracionado por meses)	<b>13A e 9M</b>	<b>5 pts.</b>
<b>TÍTULOS</b>			
1	Diploma de Bacharel em Farmácia ou Farmácia/Bioquímica	<b>10pts.</b>	<b>OK</b>
2	Certificado de Conclusão de Especialização <i>Latu Sensu</i> em Farmácia Clínica;	<b>15pts.</b>	
3	Certificado de Conclusão de Especialização <i>Latu Sensu</i> em Gestão Hospitalar	<b>30pts.</b>	
4	Certificado de Conclusão de Especialização <i>Latu Sensu</i> em Farmácia Hospitalar ou Farmácia Clínica e Hospitalar	<b>40pts.</b>	
<b>TOTAL (Tempo de serviço e títulos):</b>			<b>15 pts.</b>

## **CARGO: TECNICO EM ENFERMAGEM**

NOME: <b>ANA CLAUDIA DA CRUZ PONTES</b>			
1	FICHA DE INSCRIÇÃO:		OK
2	RG:		OK
3	CPF:		OK
4	DIPLOMA OU CERTIFICADO:		OK
5	COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA:		OK
6	COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO NO CONSELHO DE CLASSE:		OK
7	COMPROVANTE DE QUITAÇÃO NO CONSELHO DE CLASSE:		OK
8	CARTEIRA DE TRABALHO OU CONTRATO		OK
9	TÍTULOS		OK
10	CTPS OU CONTRATOS:		OK
<b>TEMPO DE SERVIÇO</b>			
1	(Máximo <b>5 PONTOS</b> , sendo 0,5 por ano e não fracionado por meses)	<b>5A e 8M</b>	<b>2,5 pts.</b>
<b>TÍTULOS</b>			
1	Certificado de Conclusão do Ensino Médio Profissional em Técnico de Enfermagem	<b>10pts.</b>	<b>OK</b>
2	Certificado de Conclusão de Especialização Pós-nível Técnico em Instrumentação Cirúrgica	<b>15pts.</b>	
3	Certificado de Conclusão de Especialização Pós-nível Técnico em Urgência e Emergência	<b>30pts.</b>	
4	Diploma de Bacharel em Enfermagem ou Declaração de estar matriculado em Curso Superior de Enfermagem	<b>40pts.</b>	
<b>TOTAL (Tempo de serviço e títulos):</b>			<b>12,5 pts.</b>

# **MUNICÍPIO DE CONSELHEIRO MAIRINCK**

Estado do Paraná

Praça Otacílio Ferreira - Fone/Fax: (0xx43) 3561-1221

CNPJ 75.968.412/0001-19

NOME: <b>CÁSSIA FAUSTINO OLIVEIRA ALMEIDA</b>			
1	FICHA DE INSCRIÇÃO:		OK
2	RG:		OK
3	CPF:		OK
4	DIPLOMA OU CERTIFICADO:		OK
5	COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA:		OK
6	COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO NO CONSELHO DE CLASSE:		OK
7	COMPROVANTE DE QUITAÇÃO NO CONSELHO DE CLASSE:		OK
8	CARTEIRA DE TRABALHO OU CONTRATO		OK
9	TÍTULOS		OK
10	CTPS OU CONTRATOS:		OK
<b>TEMPO DE SERVIÇO</b>			
1	(Máximo <b>5 PONTOS</b> , sendo 0,5 por ano e não fracionado por meses)	<b>0A e 9M</b>	<b>0 pts.</b>
<b>TÍTULOS</b>			
1	Certificado de Conclusão do Ensino Médio Profissional em Técnico de Enfermagem	<b>10pts.</b>	<b>OK</b>
2	Certificado de Conclusão de Especialização Pós-nível Técnico em Instrumentação Cirúrgica	<b>15pts.</b>	
3	Certificado de Conclusão de Especialização Pós-nível Técnico em Urgência e Emergência	<b>30pts.</b>	
4	Diploma de Bacharel em Enfermagem ou Declaração de estar matriculado em Curso Superior de Enfermagem	<b>40pts.</b>	
<b>TOTAL (Tempo de serviço e títulos):</b>			<b>10 pts.</b>

NOME: <b>FERNANDA CAROLINE TEIXEIRA DA SILVA VIANA</b>			
1	FICHA DE INSCRIÇÃO:		OK
2	RG:		OK
3	CPF:		OK
4	DIPLOMA OU CERTIFICADO:		OK
5	COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA:		OK
6	COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO NO CONSELHO DE CLASSE:		OK
7	COMPROVANTE DE QUITAÇÃO NO CONSELHO DE CLASSE:		OK
8	CARTEIRA DE TRABALHO OU CONTRATO		OK
9	TÍTULOS		OK
10	CTPS OU CONTRATOS:		OK
<b>TEMPO DE SERVIÇO</b>			
1	(Máximo <b>5 PONTOS</b> , sendo 0,5 por ano e não fracionado por meses)	<b>0A e 0M</b>	<b>0 pts.</b>
<b>TÍTULOS</b>			
1	Certificado de Conclusão do Ensino Médio Profissional em Técnico de Enfermagem	<b>10pts.</b>	<b>OK</b>
2	Certificado de Conclusão de Especialização Pós-nível Técnico em Instrumentação Cirúrgica	<b>15pts.</b>	
3	Certificado de Conclusão de Especialização Pós-nível Técnico em Urgência e Emergência	<b>30pts.</b>	
4	Diploma de Bacharel em Enfermagem ou Declaração de estar matriculado em Curso Superior de Enfermagem	<b>40pts.</b>	
<b>TOTAL (Tempo de serviço e títulos):</b>			<b>10 pts.</b>

# **MUNICÍPIO DE CONSELHEIRO MAIRINCK**

Estado do Paraná

Praça Otacílio Ferreira - Fone/Fax: (0xx43) 3561-1221

CNPJ 75.968.412/0001-19

NOME: <b>MARIELE CRISTINA DONDORES</b>			
1	FICHA DE INSCRIÇÃO:		OK
2	RG:		OK
3	CPF:		OK
4	DIPLOMA OU CERTIFICADO:		OK
5	COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA:		OK
6	COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO NO CONSELHO DE CLASSE:		OK
7	COMPROVANTE DE QUITAÇÃO NO CONSELHO DE CLASSE:		OK
8	CARTEIRA DE TRABALHO OU CONTRATO		OK
9	TÍTULOS		OK
10	CTPS OU CONTRATOS:		OK
<b>TEMPO DE SERVIÇO</b>			
1	(Máximo <b>5 PONTOS</b> , sendo 0,5 por ano e não fracionado por meses)	<b>7A e 1M</b>	<b>3,5 pts.</b>
<b>TÍTULOS</b>			
1	Certificado de Conclusão do Ensino Médio Profissional em Técnico de Enfermagem	<b>10pts.</b>	<b>OK</b>
2	Certificado de Conclusão de Especialização Pós-nível Técnico em Instrumentação Cirúrgica	<b>15pts.</b>	
3	Certificado de Conclusão de Especialização Pós-nível Técnico em Urgência e Emergência	<b>30pts.</b>	
4	Diploma de Bacharel em Enfermagem ou Declaração de estar matriculado em Curso Superior de Enfermagem	<b>40pts.</b>	
<b>TOTAL (Tempo de serviço e títulos):</b>			<b>13,5 pts.</b>

NOME: <b>ROSENI FERNANDES HORA</b>			
1	FICHA DE INSCRIÇÃO:		OK
2	RG:		OK
3	CPF:		OK
4	DIPLOMA OU CERTIFICADO:		OK
5	COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA:		OK
6	COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO NO CONSELHO DE CLASSE:		OK
7	COMPROVANTE DE QUITAÇÃO NO CONSELHO DE CLASSE:		OK
8	CARTEIRA DE TRABALHO OU CONTRATO		OK
9	TÍTULOS		OK
10	CTPS OU CONTRATOS:		OK
<b>TEMPO DE SERVIÇO</b>			
1	(Máximo <b>5 PONTOS</b> , sendo 0,5 por ano e não fracionado por meses)	<b>1A e 3M</b>	<b>0,5 pts.</b>
<b>TÍTULOS</b>			
1	Certificado de Conclusão do Ensino Médio Profissional em Técnico de Enfermagem	<b>10pts.</b>	<b>OK</b>
2	Certificado de Conclusão de Especialização Pós-nível Técnico em Instrumentação Cirúrgica	<b>15pts.</b>	
3	Certificado de Conclusão de Especialização Pós-nível Técnico em Urgência e Emergência	<b>30pts.</b>	
4	Diploma de Bacharel em Enfermagem ou Declaração de estar matriculado em Curso Superior de Enfermagem	<b>40pts.</b>	
<b>TOTAL (Tempo de serviço e títulos):</b>			<b>10,5 pts.</b>

# **MUNICÍPIO DE CONSELHEIRO MAIRINCK**

Estado do Paraná

Praça Otacílio Ferreira - Fone/Fax: (0xx43) 3561-1221

CNPJ 75.968.412/0001-19

NOME: <b>SANDRA DE SOUZA VIANA</b>			
1	FICHA DE INSCRIÇÃO:		OK
2	RG:		OK
3	CPF:		OK
4	DIPLOMA OU CERTIFICADO:		OK
5	COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA:		OK
6	COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO NO CONSELHO DE CLASSE:		OK
7	COMPROVANTE DE QUITAÇÃO NO CONSELHO DE CLASSE:		OK
8	CARTEIRA DE TRABALHO OU CONTRATO		OK
9	TÍTULOS		OK
10	CTPS OU CONTRATOS:		OK
<b>TEMPO DE SERVIÇO</b>			
1	(Máximo <b>5 PONTOS</b> , sendo 0,5 por ano e não fracionado por meses)	<b>2A e 6M</b>	<b>1 pts.</b>
<b>TÍTULOS</b>			
1	Certificado de Conclusão do Ensino Médio Profissional em Técnico de Enfermagem	<b>10pts.</b>	<b>OK</b>
2	Certificado de Conclusão de Especialização Pós-nível Técnico em Instrumentação Cirúrgica	<b>15pts.</b>	
3	Certificado de Conclusão de Especialização Pós-nível Técnico em Urgência e Emergência	<b>30pts.</b>	
4	Diploma de Bacharel em Enfermagem ou Declaração de estar matriculado em Curso Superior de Enfermagem	<b>40pts.</b>	
<b>TOTAL (Tempo de serviço e títulos):</b>			<b>11 pts.</b>

NOME: <b>ZILDA DE LIMA DA SILVA</b>			
1	FICHA DE INSCRIÇÃO:		OK
2	RG:		OK
3	CPF:		OK
4	DIPLOMA OU CERTIFICADO:		OK
5	COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA:		OK
6	COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO NO CONSELHO DE CLASSE:		OK
7	COMPROVANTE DE QUITAÇÃO NO CONSELHO DE CLASSE:		OK
8	CARTEIRA DE TRABALHO OU CONTRATO		OK
9	TÍTULOS		OK
10	CTPS OU CONTRATOS:		OK
<b>TEMPO DE SERVIÇO</b>			
1	(Máximo <b>5 PONTOS</b> , sendo 0,5 por ano e não fracionado por meses)	<b>1A e 5M</b>	<b>0,5 pts.</b>
<b>TÍTULOS</b>			
1	Certificado de Conclusão do Ensino Médio Profissional em Técnico de Enfermagem	<b>10pts.</b>	<b>OK</b>
2	Certificado de Conclusão de Especialização Pós-nível Técnico em Instrumentação Cirúrgica	<b>15pts.</b>	
3	Certificado de Conclusão de Especialização Pós-nível Técnico em Urgência e Emergência	<b>30pts.</b>	
4	Diploma de Bacharel em Enfermagem ou Declaração de estar matriculado em Curso Superior de Enfermagem	<b>40pts.</b>	
<b>TOTAL (Tempo de serviço e títulos):</b>			<b>10,5 pts.</b>

---

# **MUNICÍPIO DE CONSELHEIRO MAIRINCK**

Estado do Paraná

Praça Otacílio Ferreira - Fone/Fax: (0xx43) 3561-1221

CNPJ 75.968.412/0001-19

---

## **DOS RECURSOS APTOS À JULGAMENTO**

Há de se destacar que esta Comissão Especial recebeu na data de 19/04/2021, um pedido de impugnação do Edital nº 001/2021, advindo do Sr. Leandro Henrique Pedro, requer a impugnação total do referido Edital, no entanto a publicação do Edital nº 001/2021, se deu na data de 07/04/2021, ainda o prazo recursal é de 03 (três) dias, conforme item 1.10, daquele Edital, **resta então intempestivo o recurso manejado pelo Sr. Leandro Henrique Pedro**, desta forma não podendo o mesmo ser aceito, esta é a decisão da Comissão Especial do Processo Seletivo Simplificado, no que diz respeito à este Recurso impetrado.

Na esperança de contar com a compreensão de todos, nos colocamos ao inteiro dispor para eventuais esclarecimentos adicionais que se fizerem necessários ao caso.

Cordialmente,

## **COMISSÃO ESPECIAL DO PROCESSO SELETIVO SIMPLIFICADO**

---

Vera Cristina Gonçalves Siqueira  
Presidente

---

Elsie de Souza Santos  
Secretária

---

Ilton Aparecido Inácio  
Membro Vogal

---

Kathrine Regina David  
Membro Vogal

---

Marcia Alves Siqueira Oliveira  
Membro Vogal