

## PROCESSO SELETIVO PARA CONTRATAÇÃO E FORMAÇÃO DE CADASTRO RESERVA

EDITAL Nº 017/2024 – UPA DR ALAIR MAFRA ANDRADE

### CONVOCAÇÃO PARA ADMISSÃO

Edital de chamamento Público para Processo Seletivo visando a contratação de pessoal e formação de cadastro reserva.

O Instituto Nacional de Desenvolvimento Social e Humano INDSH, Organização Social em Saúde no âmbito do Município de Anápolis, torna pública a convocação para admissão do processo seletivo para contratação e formação de cadastro reserva, para os cargos a serem lotados na UPA ALAIR MAFRA DE ANDRADE, contratados sob o Regime da CLT (Consolidação das Leis do Trabalho) e sob a responsabilidade da Equipe Técnica do INDSH.

Os candidatos **APROVADOS** deverão realizar o exame admissional e apresentar a documentação solicitada na relação abaixo, bem como os Anexos (I, II e III) scaneados e preenchidos e toda a documentação comprobatória das informações prestadas no ato da inscrição **no seguinte e-mail:** [rh.upaanapolis@indsh.org.br](mailto:rh.upaanapolis@indsh.org.br)

TÉCNICO EM ENFERMAGEM	
NOME	RESULTADO
KELIANE FERNANDES DA SILVA	CONVOCADO PARA ADMISSÃO
RACKENYER GLENDA FLAVIA CALCERICLES	CONVOCADA PARA ADMISSÃO
LETICYA DE NAZARE GOMES DA SILVA	CONVOCADA PARA ADMISSÃO
BARBARA RODRIGUES CHAGAS	CADASTRO RESERVA
ALEXANDRE CALDAS BASTOS	DESCLASSIFICADO
ANA CLAUDIA TELES	DESCLASSIFICADO
VERONICA GERALDA PALMEIRO MAGALHAES MENDES	DESCLASSIFICADO
LIDIANY TOCCHIO RODRIGUES	DESCLASSIFICADO
GIANCARLO BORGES FONSECA	DESCLASSIFICADO
YASMIN PINHEIRO DAS NEVES	DESCLASSIFICADO
ELIANE MARIA DE MENDONCA ANDRADE	DESCLASSIFICADO
THALITA FRANCIELLE DE JESUS NASCIMENTO	DESCLASSIFICADO



## ANEXO I – FICHA E-SOCIAL

Prezado(a) candidato;

O correto preenchimento de todos os campos deste formulário é de crucial importância, uma vez que vai possibilitar a identificação de todas as divergências cadastrais existentes no âmbito interno da empresa e dos órgãos oficiais (MTE, Caixa, INSS, RFB).

Destemodosolicitamosaleituraatentaepreenchimento detodosos campos abaixo:

LINHASDECORCINZADEPREENCHIMENTODAEMPRESA	
<b>Cargo:</b>	<b>Salário: R\$</b>
<b>Data de Início das Atividades:</b>	
<b>Carga Horária semanal:</b>	
<b>Horário que irá trabalhar:</b>	
<b>Dias da semana:</b>	
***** *	<b>DESEJO RECEBER VALE TRANSPORTE COMO DESCONTOS PREVISTOS NA LEGISLAÇÃO ( ) SIM ( ) NÃO</b>
***** *	<b>UNIFORME:</b> CALÇA: (P)(M)(G)(GG)(XG)(EXG); CAMISA: (P)(M)(G)(GG)(XG)(EXG); SAPATO: nº(        )
<b>ITENS</b>	<b>DADOS DO TRABALHADOR</b>
01	Nome do Trabalhador:
02	CPF:
03	Número de Inscrição do Segurado (NIS) PIS/PASEP/INSS:
04	Nacionalidade:
05	Nome da mãe:
06	Nome do pai:
07	Data de nascimento:
08	Local de nascimento:
09	Unidade de Federação (Estado):
10	Estado civil: ( ) Solteiro ( ) Casado ( ) Divorciado ( ) Viúvo ( ) União Estável ( ) Outros No caso de ser casado ou possuir união estável Nome do cônjuge: Data de Nascimento: CPF do cônjuge:
11	Sexo do colaborador: ( ) Masculino ( ) Feminino
12	Raça e Cor: ( ) Indígena ( ) Branca ( ) Negra ( ) Amarela de origem japonesa, coreana etc. ( ) Parda (declarada como mulata, cabocla, cafuza, mameluca ou mestiça de negro com pessoa de outra cor ou raça ( ) Não informado
<b>DOCUMENTOS DE IDENTIFICAÇÃO</b>	



	Parentesco: _____ DataNasc.: _____ CPF: _____	
	DependentesparafinsdeIRRF:( )Sim ( )Não/Dependentespara finsdeSalário-Família:( )Sim ( )Não	
	3) Nome: _____	
	Parentesco: _____ DataNasc.: _____ CPF: _____	
	DependentesparafinsdeIRRF:( )Sim ( )Não/DependentesparafinsdeSalário-Família:( )Sim ( )Não	
	4) Nome: _____	
	Parentesco: _____ DataNasc.: _____ CPF: _____	
	DependentesparafinsdeIRRF:( )Sim ( )Não/DependentesparafinsdeSalário-Família:( )Sim ( )Não	
	Tiposdedependentes: ( )01- Cônjugeou companheiro(a)com o(a)qualtenha filhoou viva amais de5 anos; ( ) 02 - Filho(a) ou enteado (a) até 21 anos; ( )03- Filho(a)ouenteado(a)universitário(a)ou cursandoescola técnica de2ºgrau, até24 anos; ( )04- Filhoouenteadoem qualqueridade, quando incapacitadofísicae/oumentalmente para otrabalho; ( ) 05- Irmão, neto ou bisnetosem arrimodospais, do qualdetenha aguardajudicial, até 21 anos; ( )06- Irmão,netooubisnetosem arrimodospais, com idadeaté24anos, seaindaestiver cursando estabelecimentode nível superiorou escola técnica de2ºgrau, desdeque tenha detido sua guarda judicialaté os 21 anos; ( )07- Irmão, neto ou bisnetosem arrimodospais, do qualdetenha aguardajudicial, em qualquer idade, quando incapacitado física e/ou mentalmente para o trabalho; ( )08- Pais, avós e bisavós; ( )09- Menor pobre, até21anos, quecrieeeduqueedoqualdetenha aguarda judicial; ( )10- A pessoa absolutamente incapaz, da qualseja tutor ou curador.	
	<b>INFORMAÇÕES DO VÍNCULO DO EMPREGO</b>	
34	Primeiro emprego: ( ) Sim ( ) Não	
35	É membro ou ocupador de direção em algum sindicato? ( ) Sim – Qual? _____ ( ) Não	
	<b>DADOS GERAIS DO CONTRATO – CASO TENHA OUTRO EMPREGO</b>	
36	Múltiplos vínculos trabalhistas: ( ) Sim ( ) Não	
37	Nome da empresa: (senão houver múltiplos vínculos, não responder)	
38	CNPJ: (senão houver múltiplos vínculos, não responder)	
39	Remuneração na empresa: (senão houver múltiplos vínculos, não responder)	
40	Horário de Trabalho: (senão houver múltiplos vínculos, não responder)	
41	<b>Anexar cópia dos seguintes documentos OBRIGATÓRIOS para Admissão:</b> ( ) Resultado da Qualificação Cadastral do E social (imprimir pelo link: <a href="http://consultacadastral.inss.gov.br/Esocial">http://consultacadastral.inss.gov.br/Esocial</a> ); caso exista divergência, obrigatório corrigir no órgão competente antes de entregar a documentação na unidade; ( ) Ficha de Cadastro (E-social); ( ) Currículo Atualizado; ( ) Atestado Médico Admissional – <b>Cópia do exame realizado</b> ; ( ) 01 Foto 3x4; ( ) Cópia da Carteira de Trabalho DIGITAL; ( ) Cópia Carteira de Identidade – RG; ( ) Cópia CPF; ( ) Cópia do Título de Eleitor; ( ) Cópia da Carteira de Motorista (caso tenha); ( ) Cópia do Cartão de Vacinação – <b>VACINAS ATUALIZADAS</b> : Antitetânica, Tríplice e Hepatite B ( ) Cópia do Certificado de Reservista (para candidato do sexo masculino); ( ) Cópia Comprovante de Conta Bancária ( <b>Santander</b> ); ( ) Cópia Comprovante de Endereço com CEP e Atualizado; ( ) Cópia Espelho do PIS ou Cartão Cidadão; ( ) Cópia <b>AUTENTICADA</b> dos Certificados de Escolaridade/titulação; ( ) Cópia <b>AUTENTICADA</b> dos Certificados de Qualificação profissional relacionados à função; ( ) Cópia do documento do estado civil (certidão de casamento, averbação de divórcio...); ( ) <b>RG ou Certidão de Nascimento dos dependentes</b> ; ( ) <b>CPF dos dependentes (obrigatório para dependentes de imposto de Renda)</b> ; ( ) Cópia da comprovação semestral de frequência escolar a partir dos 7 (sete) anos de idade, para fins de pagamento do salário-família; ( ) Cópia do Cartão de Vacinação da Criança, de filhos de até 7 (sete) anos de idade, para fins de pagamento do salário-família; ( ) Comprovante de vínculo empregatício ( <b>Em caso de múltiplos vínculos</b> ); ( ) Cópia do comprovante de pagamento da anuidade do Conselho Regional da Classe; ( ) Cópia do Registro no Conselho Regional da Classe	

Declaração do conselho de processo ético.

Ficha CNES Preenchida – ANEXO II

Cópia do Cartão do SUS

Cópia do Cartão de Vacina da Covid - 19

Laudo Médico ( Se portador de Necessidades Especiais)

Declaração de Residência Preenchida - ANEXO III (CASO COM PROVANTENÃO SEJA NOME DO COLABORADOR)

### **DECLARAÇÃO**

Declaro para os devidos fins que as informações constantes nesse formulário são fiéis à verdade e condizentes com a realidade dos fatos à época. Declaro que todas as informações mencionadas nesse formulário foram extraídas dos documentos e são da minha inteira responsabilidade.

Além disso, fui informado que se houver qualquer alteração nesta Declaração, a mesma deverá ser modificada junto ao Departamento de Pessoal.

Por fim, fico ciente que através desse documento a falsidade das informações configura crime previsto no Código Penal Brasileiro e passível de apuração na forma da Lei.

Nada mais a declarar, e ciente das responsabilidades pelas declarações prestadas, firmo a presente.

\_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinado por Trabalhador

**ANEXOII**

**CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTO DE SAÚDE**

**DADOS CADASTRAL DO PROFISSIONAL**

Nome do profissional: \_\_\_\_\_

Função: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_ - Data De Nascimento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Carga Horária: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_

Conselho Regional: \_\_\_\_\_ Especialidade: \_\_\_\_\_

CNS: \_\_\_\_\_ CBO: \_\_\_\_\_

Número de telefone: \_\_\_\_\_

**VÍNCULO EMPREGATÍCIO NA UNIDADE:**

CLT

Alteração CARGO: \_\_\_\_\_

Outros Vínculos Qual: \_\_\_\_\_

## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA–ANEXOIII

Eu,

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_, CPF nº \_\_\_\_\_ RG nº \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_, Órgão Exped. \_\_\_\_\_, telefone

(\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_, na falta de documentos para comprovação de  
residência, em conformidade com o disposto na Lei 7.115, de 29 de agosto de 1983,  
DECLARO para os devidos fins, sob pena da Lei, ser residente e domiciliado no endereço

\_\_\_\_\_

Por ser verdade, firmo presente declaração para que produza os  
efeitos legais, ciente de que a falsidade de seu conteúdo pode implicar na  
imputação de sanções civis, administrativas, bem como na sanção penal prevista no  
art. 299 do Código Penal, conforme transcrição abaixo:

***Art. 299 – Omitir, em documento público ou particular, declaração que nele deveria constar, ou nele inserir ou fazer inserir declaração falsa ou diversa da que devia ser escrita, com o fim de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre o fato juridicamente relevante. Pena: reclusão de 1 (um) a 5 (cinco) anos e multa, se o documento é público e reclusão de 1 (um) a 3 (três) anos, se o documento é particular***

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

Local

Data

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Declarante

Anápolis, 13 de Maio de 2024

Instituto Nacional de Desenvolvimento Social e Humano – INDSH.