

PROCESSO SELETIVO PARA CONTRATAÇÃO E FORMAÇÃO DE CADASTRO RESERVA

EDITAL Nº 026/2024 – 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

AUXILIAR DE FARMÁCIA	
NOME	RESULTADO
POLYANA RASTEIRO ORDIALE	CONVOCADA PARA ADMISSÃO
CARLA DIAS MEIRELES	CADASTRO RESERVA
ELISANIA PEREIRA ALVES	CADASTRO RESERVA
ANCLEDIA DOS REIS DE REZENDE AGUIAR E MOURA	CADASTRO RESERVA
RAYANNE FIGUEIREDO LEANDRO	CADASTRO RESERVA
LETICIA SANTOS DA SILVA	DESCCLASSIFICADO
LUCIANA CORDERIO DOS SANTOS	DESCCLASSIFICADO
MILENE DE SOUSA GOMES	DESCCLASSIFICADO
INGRÍD MAIARA ALENCAR DOS ANJOS	DESCCLASSIFICADO
VICTORIA STEPHANIE DE GODOI	DESCCLASSIFICADO

JOVEM APRENDIZ	
NOME	RESULTADO
AMANDA SANTOS DA SILVA	CONVOCADO PARA ADMISSÃO
ANA VITORIA DA SILVA GONÇALVES	CADASTRO RESERVA
DANIELLE NOVAIS DUARTE	CADASTRO RESERVA
ALICE SOARES RODRIGUES	DESCLASSIFICADO
ANNA BEATRIZ PEREIRA GARCIA	DESCLASSIFICADO
MARILIA EDUARDA ROCHA SILVA	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 camposabaixo:

LINHAS DE COR CINZA DE PREENCHIMENTO DA EMPRESA	
Cargo:	Salário: R\$
Data de Início das Atividades:	
Carga Horária semanal:	
Horário que irá trabalhar:	
Dias da semana:	
***** *	DESEJO RECEBER VALE TRANSPORTE COM OS DESCONTOS PREVISTOS NA LEGISLAÇÃO () SIM () NÃO
***** *	UNIFORME: CALÇA: (P)(M)(G)(GG)(XG)(EXG); CAMISA: (P)(M)(G)(GG)(XG)(EXG); SAPATO: nº ()
ITENS	DADOS DO TRABALHADOR
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
DOCUMENTOS DE IDENTIFICAÇÃO	

	Parentesco: _____ DataNasc.: _____ CPF: _____
	DependentesparafinsdeIRRF:()Sim ()Não/DependentesparafinsdeSalário-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-Cônjugeoucompanheiro(a)como(a)qualtenha filhoouvivamais de5 anos; ()02 - Filho(a) ou enteado (a) até 21 anos; ()03-Filho(a)ouenteado(a)universitário(a)oucurstandoescolatécnica de2ºgrau, até24 anos; ()04- Filhoouenteadoem qualqueridade, quandoincapacitadofísicae/oumentalmente para otrabalho; ()05- Irmão, netooubisnetosem arrimodospais, doqualdetenha aguardajudicial, até 21 anos; ()06- Irmão,netooubisnetosem arrimodospais, com idadeaté24anos, seindaestivercurstando estabelecimentode nível superiorou escola técnica2ºgrau, desdeque tenha detidosua guarda judicialaté os 21 anos; ()07- Irmão, netooubisnetosem arrimodospais, do qualdetenha aguardajudicial, em qualquer idade, quando incapacitado física e/ou mentalmente para o trabalho; ()08-Pais, avós e bisavós; ()09- Menoropobre, até21anos, quecrieeeduqueedoqualdetenha aguarda judicial; ()10- A pessoa absolutamente incapaz, da qualseja tutor ou curador.
	INFORMAÇÕES DO VÍNCULO DO EMPREGO
34	Primeiroemprego: () Sim () Não
35	É membro ou ocupador de direção em alguns sindicatos? () Sim – Qual? _____ () Não
	DADOS GERAIS DO CONTRATO – CASO TENHA OUTRO EMPREGO
36	Múltiplosvínculostrabalhistas: () Sim () Não
37	Nomedaempresa: (senãohouermúltiplosvínculos, nãoresponder)
38	CNPJ: (senãohouermúltiplosvínculos, nãoresponder)
39	Remuneraçãoaempresa: (senãohouermúltiplosvínculos, nãoresponder)
40	HoráriodeTrabalho: (senãohouermúltiplosvínculos, nãoresponder)
41	Anexar cópiadoss seguintes documentos OBRIGATÓRIOS para Admissão: () Resultadoda Qualificação Cadastral do E social (imprimir pelo link: http://consultacadastral.inss.gov.br/Esocial); caso exista divergência, obrigatório corrigir no órgão competente antes de entregar a documentação na unidade; () Fichade Cadastro (E-social); () Currículo Atualizado; () Atestado Médico Admissional – Cópia do exame realizado ; () 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 – VACINAS ATUALIZADAS : Antitetânica, Tríplice e Hepatite B () Cópia do Certificado de Reservista (para candidato do sexo masculino); () Cópia Comprovante de Conta Bancária (Santander); () Cópia Comprovante de Endereço com CEP e Atualizado; () Cópia Espelho do PIS ou Cartão Cidadão; () Cópia AUTENTICADA dos Certificados de Escolaridade/titulação; () Cópia AUTENTICADA dos Certificados de Qualificação profissional relacionados à função; () Cópia do documento do estado civil (certidão de casamento, averbação de divórcio...); () RG ou Certidão de Nascimento dos dependentes ; () CPF dos dependentes (obrigatório para dependentes de Imposto de Renda) ; () 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 Criança, de filhos de até 7 (sete) anos de idade, para fins de pagamento do salário-família; () Comprovante de vínculo empregatício (Em caso de múltiplos vínculos); () 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 de Vacina da Covid - 19

Laudo Médico (Se portador de Necessidades Especiais)

Declaração de Residência Preenchida - ANEXO III (CASO COM PROVA NÃO 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 _____.

Assinatura do 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 – ANEXO III

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 a presente declaração para que produza os
efeitos legais, ciente de que a falsidade de seu conteúdo pode implicar na
imputação de sanções cíveis, 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 Junho de 2024

Instituto Nacional de Desenvolvimento Social e Humano – INDSH.