

**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)**

<b>TÉCNICO EM ENFERMAGEM</b>	
<b>NOME</b>	<b>RESULTADO</b>
THATIANY LAZARA DOS SANTOS MARTINS	<b>DESCLASSIFICADO</b>
SANDRA DOS SANTOS NEVES	<b>DESCLASSIFICADO</b>
JOAO PAULO DA SILVA GAMA	<b>DESCLASSIFICADO</b>
RAFAEL DOS SANTOS FERNANDES ANANIAS	<b>DESCLASSIFICADO</b>

Anápolis, 18 de Junho de 2024

Instituto Nacional de Desenvolvimento Social e Humano – INDSH.



## 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>DESEJORECEBERVALETRANSPORTECOMOSDESCONTOSPREVISTOSNALEGISLAÇÃO( )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 DOTRABALHADOR</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/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)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, netooubisnetosem arrimodospais, do qualdetenha aguardajudicial, até 21 anos; ( )06- Irmão,netooubisnetosem arrimodospais, com idadeaté24anos, seindaestiver cursando estabelecimentode nível superiorou escola técnica de2ºgrau, 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- Menor pobre, até21anos, quecrieeeduqueedoqualdetenha aguardajudicial; ( )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 ocupante 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 OBRIGATORIOS 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; ( ) Fichade 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 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 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

## CADASTRONACIONAL DEESTABELECIMENTO DE SAÚDE

### DADOS CADASTRAL DO PROFISSIONAL

Nomedo profissional: \_\_\_\_\_

Função: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_ - DataDeNascimento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

CargaHorária: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_

ConselhoRegional: \_\_\_\_\_ Especialidade: \_\_\_\_\_

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

Númerodetelefone: \_\_\_\_\_

### VÍNCULOEMPREGATÍCIONAUNIDADE:

CLT

Alteração CARGO: \_\_\_\_\_

OutrosVinculos 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 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, 18 de Junho de 2024

Instituto Nacional de Desenvolvimento Social e Humano – INDSH.