

## PROCESSO SELETIVO PARA CONTRATAÇÃO E FORMAÇÃO DE CADASTRO RESERVA

EDITAL Nº 028/2024 – 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)

ASSISTENTE FINANCEIRO	
NOME	RESULTADO
ELUIZE HELENA DA SILVA	DESCLASSIFICADO
GILSON TEIXEIRA BORGES	DESCLASSIFICADO
ALINE DE SOUZA SALES SILVA	DESCLASSIFICADO
PEDRO HENRIQUE MACEDO FERREIRA	DESCLASSIFICADO
ROSIANE OLIVEIRA PINTO	DESCLASSIFICADO
LORRAYNNE NATHALIA GOMES LOUZA	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	
<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>DESEJORECEBERVALE TRANSPORTECOM OS 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>DADOSDOTRABALHADOR</b>
01	NomedoTrabalhador:
02	CPF:
03	NúmerodeInscriçãoodoSegurado(NIS)PIS/PASEP/INSS:
04	Nacionalidade:
05	Nomedamãe:
06	Nomedopai:
07	Datadenascimento:
08	Localdenascimento:
09	UnidadedeFederação(Estado):
10	Estadocivil: ( )Solteiro( )Casado( )Divorciado( )Viúvo( ) UniãoEstável ( ) Outros No casode ser casado ou possuir uniãoestável Nomedocônjuge: DatadeNascimento: CPFdocônjuge:
11	Sexodocolaborador:( )Masculino( )Feminino
12	Raçaecor: ( ) Indígena ( ) Branca ( ) Negra ( )Amareladeorigemjaponesa, coreanaetc. ( )Parda(declarada comomulata, cabocla, cafuza, mameluca ou mestiça de negro com pessoa de outra cor ou raça ( ) Nãoinformado
<b>DOCUMENTOS DE IDENTIFICAÇÃO</b>	



	Parentesco: _____ DataNasc.: _____ CPF: _____
	DependentesparafinsdeIRRF:( <input type="checkbox"/> )Sim ( <input type="checkbox"/> )Não/DependentesparafinsdeSalário-Família:( <input type="checkbox"/> )Sim ( <input type="checkbox"/> )Não
	3) Nome: _____
	Parentesco: _____ DataNasc.: _____ CPF: _____
	DependentesparafinsdeIRRF:( <input type="checkbox"/> )Sim ( <input type="checkbox"/> )Não/DependentesparafinsdeSalário-Família:( <input type="checkbox"/> )Sim ( <input type="checkbox"/> )Não
	4) Nome: _____
	Parentesco: _____ DataNasc.: _____ CPF: _____
	DependentesparafinsdeIRRF:( <input type="checkbox"/> )Sim ( <input type="checkbox"/> )Não/DependentesparafinsdeSalário-Família:( <input type="checkbox"/> )Sim ( <input type="checkbox"/> )Não
	Tiposdedependentes: ( )01-Cônjugeoucompanheiro(a)como(a)qualtenha filhoouviva 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, quandoincapitadofísicae/oumentalmente para otrabalho; ( )05- Irmão, netooubisnetosem arrimodospais, doqualdetenha 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, doqualdetenha aguardajudicial, em qualquer idade, quando incapacitado física e/ou mentalmente para o trabalho; ( )08-Pais, avós e bisavós; ( )09- Menorpobre, até21anos, quecrieeeduqueedoqualdetenha aguarda judicial; ( )10- A pessoa absolutamente incapaz, da qualseja tutor ou curador.
	<b>INFORMAÇÕES DO VÍNCULO DO EMPREGO</b>
34	Primeiro emprego: ( <input type="checkbox"/> ) Sim ( <input type="checkbox"/> ) Não
35	É membro ou ocupação de direção em alguns sindicatos? ( <input type="checkbox"/> ) Sim – Qual? _____ ( <input type="checkbox"/> ) Não
	<b>DADOS GERAIS DO CONTRATO – CASO TENHA OUTRO EMPREGO</b>
36	Múltiplos vínculos trabalhistas: ( <input type="checkbox"/> ) Sim ( <input type="checkbox"/> ) 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; ( ) Fichade Cadastro (E-social); ( ) Currículo Atualizado; ( ) Atestado Médico Admissional – <b>Cópia do exame realizado</b> ; ( ) 01 Foto 3x4; ( ) Cópia da Carteira de Trabalho DIGITAL; ( <input type="checkbox"/> ) 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); ( <input type="checkbox"/> ) Cópia Comprovante de Conta Bancária ( <b>Santander</b> ); ( <input type="checkbox"/> ) 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...); ( <input type="checkbox"/> ) <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; ( <input type="checkbox"/> ) Comprovante de vínculo empregatício ( <b>Em caso de múltiplos vínculos</b> ); ( ) Cópia do comprovante de pagamento da unidade do Conselho Regional da Classe; ( <input type="checkbox"/> ) 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 TÊNÃO SEJA NO 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.

Nadamais adeclarar, eciente das responsabilidades pelas declarações prestadas, firmo a presente.

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

\_\_\_\_\_  
Assinaturado 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 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, 28 de Junho de 2024

Instituto Nacional de Desenvolvimento Social e Humano – INDSH.