

**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](mailto:rh.upaanapolis@indsh.org.br)

<b>AUXILIAR DE FARMÁCIA</b>	
<b>NOME</b>	<b>RESULTADO</b>
ANCLEDIA DOS REIS DE REZENDE AGUIAR E MOURA	<b>CONVOCADO PARA ADMISSÃO</b>
RAYANNE FIGUEIREDO LEANDRO	<b>CONVOCADO PARA ADMISSÃO</b>
LETICIA SANTOS DA SILVA	<b>DESCLASSIFICADO</b>
LUCIANA CORDERIO DOS SANTOS	<b>DESCLASSIFICADO</b>
MILENE DE SOUSA GOMES	<b>DESCLASSIFICADO</b>
INGRID MAIARA ALENCAR DOS ANJOS	<b>DESCLASSIFICADO</b>
VICTORIA STEPHANIE DE GODOI	<b>DESCLASSIFICADO</b>

<b>JOVEM APRENDIZ</b>	
<b>NOME</b>	<b>RESULTADO</b>
ANA VITORIA DA SILVA GONÇALVES	<b>CONVOCADA PARA ADMISSÃO</b>
DANIELLE NOVAIS DUARTE	<b>CONVOCADA PARA ADMISSÃO</b>
ALICE SOARES RODRIGUES	<b>DESCCLASSIFICADO</b>
ANNA BEATRIZ PEREIRA GARCIA	<b>DESCCLASSIFICADO</b>
MARILIA EDUARDA ROCHA SILVA	<b>DESCCLASSIFICADO</b>

## 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>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>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 uniãorestável Nomedocônjuge: DatadeNascimento: CPFdocônjuge:
11	Sexodocolaborador:( )Masculino( )Feminino
12	Raçaecor: ( ) Indígena ( ) Branca ( ) Negra ( )Amareladeorigemjaponesa, coreanaetc. ( )Parda(declarada comomulata, cabocla, cafuza, mamelucaou 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 cursandoescolatécnica de2ºgrau, até24anos; ( )04- Filhoouenteadoem qualqueridade, quando incapacitadofísicae/oumentalmente para otrabalho; ( )05- Irmão, netooubisnetosem arrimodospais, doqualdetenha aguardajudicial, até 21 anos; ( )06- Irmão,netooubisnetosem arrimodospais, com idadeaté24anos, seaindaestiver cursando estabelecimentode nível superiorou escola técnica de2ºgrau, desdequetenha 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 guarda 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 ocupador de direção em algum sindicato? ( <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); ( ) 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...); ( <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; ( ) 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 PROVA NÃO 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 \_\_\_\_\_.

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 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, 08 de Julho de 2024

Instituto Nacional de Desenvolvimento Social e Humano – INDSH.