

PROCESSO SELETIVO PARA CONTRATAÇÃO EMERGENCIAL E FORMAÇÃO DE CADASTRO

RESERVA

EDITAL Nº 020/2022 – 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 o cargo de Enfermeiro, Técnico de Enfermagem de Acolhimento, Técnico de Enfermagem da sala de Medicação, Técnico de Enfermagem da sala Amarela, Técnico de Enfermagem da sala vermelha e Técnico de Enfermagem do CME a se lotado na UPA ALAIR MAFRA DE ANDRADE, contratado 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) impressos e preenchidos e toda a documentação comprobatória das informações prestadas no ato da inscrição, no **dia 06/01 – Sexta-Feira das 09h30 às 11h30** NA UPA DR ALAIR MAFRA ANDRADE na Rua 29 de Dezembro, s/n - Vila Esperança, Anápolis Goiás.

TÉCNICO DE ENFERMAGEM - MEDICAÇÃO	
NOME	RESULTADO
DEBORA SILVA MATOS FAGUNDES	APROVADO
FERNANDA CECILIA RAIMUNDO DOS SANTOS	APROVADO

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).

Deste modo solicitamos a leitura atenta e preenchimento de todos os campos abaixo:

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: _____ Data Nasc.: _____ CPF: _____
	Dependentes para fins de IRRF: () Sim () Não/ Dependentes para fins de Salário-Família: () Sim () Não
	4) Nome: _____
	Parentesco: _____ Data Nasc.: _____ CPF: _____
	Dependentes para fins de IRRF: () Sim () Não/ Dependentes para fins de Salário-Família: () Sim () Não
	Tipos de dependentes: () 01 - Cônjuge ou companheiro (a) com o (a) qual tenha filho ou viva a mais de 5 anos; () 02 - Filho (a) ou enteado (a) até 21 anos; () 03 - Filho (a) ou enteado (a) universitário (a) ou cursando escola técnica de 2º grau, até 24 anos; () 04 - Filho ou enteado em qualquer idade, quando incapacitado física e/ou mentalmente para o trabalho; () 05 - Irmão, neto ou bisneto sem arrimo dos pais, do qual detenha a guarda judicial, até 21 anos; () 06 - Irmão, neto ou bisneto sem arrimo dos pais, com idade até 24 anos, se ainda estiver cursando estabelecimento de nível superior ou escola técnica de 2º grau, desde que tenha detido sua guarda judicial até os 21 anos; () 07 - Irmão, neto ou bisneto sem arrimo dos pais, do qual detenha a guarda judicial, em qualquer idade, quando incapacitado física e/ou mentalmente para o trabalho; () 08 - Pais, avós e bisavós; () 09 - Menor pobre, até 21 anos, que crie e eduque e do qual detenha a guarda judicial; () 10 - A pessoa absolutamente incapaz, da qual seja tutor ou curador.
	INFORMAÇÕES DO VÍNCULO DO EMPREGO
34	Primeiro emprego: () Sim () Não
35	É membro ou ocupa cargo de direção em algum sindicato? () Sim – Qual? _____ () Não
	DADOS GERAIS DO CONTRATO – CASO TENHA OUTRO EMPREGO
36	Múltiplos vínculos trabalhistas: () Sim () Não
37	Nome da empresa: (se não houver múltiplos vínculos, não responder)
38	CNPJ: (se não houver múltiplos vínculos, não responder)
39	Remuneração na empresa: (se não houver múltiplos vínculos, não responder)
40	Horário de Trabalho: (se não houver múltiplos vínculos, não responder)
41	<p>Anexar a cópia dos seguintes documentos OBRIGATORIOS para Admissão:</p> <p>() Resultado da 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;</p> <p>() Ficha de Cadastro (E-social);</p> <p>() Currículo Atualizado;</p> <p>() Atestado Médico Admissional – Cópia do exame realizado;</p> <p>() 01 Foto 3x4;</p> <p>() Cópia da Carteira de Trabalho DIGITAL;</p> <p>() Cópia Carteira de Identidade – RG;</p> <p>() Cópia CPF;</p> <p>() Cópia do Título de Eleitor;</p> <p>() Cópia da Carteira de Motorista (caso tenha);</p> <p>() Cópia do Cartão de Vacinação – VACINAS ATUALIZADAS: Antitetânica, Tríplice e Hepatite B</p> <p>() Cópia do Certificado de Reservista (para candidato do sexo masculino);</p> <p>() Cópia Comprovante de Conta Bancária (preferencialmente Santander);</p> <p>() Cópia Comprovante de Endereço com CEP e Atualizado;</p> <p>() Cópia Espelho do PIS ou Cartão Cidadão;</p> <p>() Cópia AUTENTICADA dos Certificados de Escolaridade/titulação;</p> <p>() Cópia AUTENTICADA dos Certificados de Qualificação profissional relacionados à função;</p> <p>() Cópia do documento do estado civil (certidão de casamento, averbação de divórcio...);</p> <p>() RG ou Certidão de Nascimento dos dependentes;</p> <p>() CPF dos dependentes (obrigatório para dependentes de Imposto de Renda);</p> <p>() Cópia da comprovação semestral de frequência escolar a partir dos 7 (sete) anos de idade, para fins de pagamento do salário-família;</p> <p>() Cópia do Cartão de Vacina da Criança, de filhos de até 7 (sete) anos de idade, para fins de pagamento do salário-família;</p> <p>() Comprovante de vínculo empregatício (Em caso de múltiplos vínculos);</p> <p>() Cópia do comprovante do pagamento da anuidade do Conselho Regional da Classe;</p> <p>() Cópia do Registro no Conselho Regional da Classe</p> <p>() Declaração do conselho de processo ético.</p> <p>() Ficha CNES Preenchida – ANEXO II</p> <p>() Cópia do Cartão do SUS</p> <p>() Cópia do Cartão de Vacina da Covid - 19</p> <p>() Laudo Médico (Se portador de Necessidades Especiais)</p> <p>() Declaração de Residência Preenchido - ANEXO III (CASO O COMPROVANTE NÃO SEJA NO NOME DO COLABORADOR)</p>

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

ANEXO II

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 Vinculos 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 penas 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, 05 de janeiro de 2023.
Instituto Nacional de Desenvolvimento Social e Humano - INDSH