

PROCESSO SELETIVO PARA CONTRATAÇÃO E FORMAÇÃO DE CADASTRO RESERVA

EDITAL Nº 003/2023 – UPA DR ALAIR MAFRA ANDRADE

RESULTADO DA ENTREVISTA E 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 o resultado da entrevista e a convocação para admissão do processo seletivo para contratação e formação de cadastro reserva, para os cargos de Auxiliar de Coleta, Auxiliar de Cozinha, Maqueiro, Biomédico, Motorista de Ambulância, Técnico de Análises Clínicas e Técnico de Enfermagem, e 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) impressos e preenchidos e toda a documentação comprobatória das informações prestadas no ato da inscrição, no **dia 07/02 – Terça Feira das 09h30 às 11h00** NA UPA DR ALAIR MAFRA ANDRADE na Rua 29 de Dezembro, s/n - Vila Esperança, Anápolis Goiás.

TÉCNICO DE ENFERMAGEM			
NOME	NOTA DA ENTREVISTA	MÉDIA FINAL	RESULTADO
MARILDA BATISTA PEREIRA DE JESUS	170	86,67	APROVADO
MARGARETH BENTO MARTINS BEZERRA	190	83,33	APROVADO
LETICIA OLIVEIRA DE SOUZA	170	83,33	APROVADO
LUZINETE CAETANO VILAS BOAS	150	83,33	APROVADO
RENATA ALVES MATOS SILVA	150	83,33	APROVADO
ANA CAROLINA RODRIGUES DA CRUZ	200	80	APROVADO
SUELI MACEDO SILVA	150	80	APROVADO
ROSANGELA FERREIRA DE JESUS	150	80	APROVADO
VALMIRIA ALVES ARAÃOJO	170	70	CLASSIFICADO
MARIA DIVINA MACHADO LIMA	160	70	CLASSIFICADO
GABRIELE PEREIRA SOARES	150	70	CLASSIFICADO
DIVANIA ALBERTO MATOS	130	70	CLASSIFICADO
CARINÁIA FERNANDES COSTA	-	-	DESCLASSIFICADO
DELCIENE DOS SANTOS FLORES	-	-	DESCLASSIFICADO
ELIANE MARIA DE MENDONÇA ANDRADE	-	-	DESCLASSIFICADO
ELIZANGELA DE SOUZA TEIXEIRA	-	-	DESCLASSIFICADO
JÁSSICA LORRANE FERREIRA LEMES	-	-	DESCLASSIFICADO
LUCIANE REIS SANTOS	-	-	DESCLASSIFICADO
MARCO ANTÔNIO PINEDA	-	-	DESCLASSIFICADO
MARTA SOUZA SANTOS FIORI	-	-	DESCLASSIFICADO
PATRÁCIA ALVES DA SILVA RIBEIRO	-	-	DESCLASSIFICADO
SILVIA REGINA NOGUEIRA DA 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).

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)

	<input type="checkbox"/> Não informado		
DOCUMENTOS DE IDENTIFICAÇÃO			
13	Tipo de documento de identificação: <input type="checkbox"/> RIC - Registro de Identidade Único <input type="checkbox"/> RG - Registro Geral <input type="checkbox"/> RNE - Registro Nacional de Estrangeiro <input type="checkbox"/> OC - Número de Registro em órgão de Classe <input type="checkbox"/> CNH - Carteira Nacional de Habilitação		
14	Número do documento de identificação:		
15	Data da expedição do documento:		
16	Órgão emissor do documento:		
17	Data da Validade do documento:		
18	Número do Título de Eleitor:	Zona:	Seção: UF:
19	Certificado de Reservista:	Categoria:	
INFORMAÇÕES DE CONTATO			
20	Número de telefone fixo do trabalhador:		
21	Número de telefone móvel do trabalhador:		
22	Endereço eletrônico principal:		
23	Endereço eletrônico secundário:		
ESCOLARIDADE			
24	Grau de Instrução do trabalhador: <input type="checkbox"/> 01 - Analfabeto <input type="checkbox"/> 02 - Até a 4ª série incompleta do ensino fundamental (antigo 1º grau ou primário), ou que tenha se alfabetizado sem ter frequentado escola regular <input type="checkbox"/> 03 - 4ª série completa do ensino fundamental (antigo 1º grau ou ginásio) <input type="checkbox"/> 04 - Da 5ª a 8ª série do ensino fundamental (antigo 1º grau ou ginásio) <input type="checkbox"/> 05 - Ensino fundamental completo (antigo 1º grau, primário ou ginásio) <input type="checkbox"/> 06 - Ensino médio incompleto (antigo 2º grau, secundário ou colegial) <input type="checkbox"/> 07 - Ensino médio completo (antigo 2º grau, secundário ou colegial) <input type="checkbox"/> 08 - Educação Superior incompleta <input type="checkbox"/> 09 - Educação Superior completa <input type="checkbox"/> 10 - Pós Graduação <input type="checkbox"/> 11 - Mestrado <input type="checkbox"/> 12 - Doutorado		
PESSOA COM DEFICIÊNCIA FÍSICA: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			
25	Deficiência motora: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
26	Deficiência visual: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
27	Deficiência auditiva: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
28	Reabilitado: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
INFORMAÇÕES BANCÁRIAS / INFORMAÇÕES DE OPÇÃO DO VALE TRANSPORTE			
29	Nome do banco:		
30	Tipo da Conta: <input type="checkbox"/> Conta Corrente <input type="checkbox"/> Conta poupança <input type="checkbox"/> Outra: Qual:		
31	Código da agência:		
32	Conta bancária:		
DEPENDENTES			

33	1) Nome:	
	Parentesco:	Data Nasc.: CPF:
	Dependentes para fins de IRRF: () Sim () Não/ Dependentes para fins de Salário-Família: () Sim () Não	
	2) Nome:	
	Parentesco:	Data Nasc.: CPF:
	Dependentes para fins de IRRF: () Sim () Não/ Dependentes para fins de Salário-Família: () Sim () Não	
	3) Nome:	
	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:	
	<input type="checkbox"/> 01 - Cônjuge ou companheiro (a) com o (a) qual tenha filho ou viva a mais de 5 anos; <input type="checkbox"/> 02 - Filho (a) ou enteado (a) até 21 anos; <input type="checkbox"/> 03 - Filho (a) ou enteado (a) universitário (a) ou cursando escola técnica de 2º grau, até 24 anos; <input type="checkbox"/> 04 - Filho ou enteado em qualquer idade, quando incapacitado física e/ou mentalmente para o trabalho; <input type="checkbox"/> 05 - Irmão, neto ou bisneto sem arrimo dos pais, do qual detenha a guarda judicial, até 21 anos; <input type="checkbox"/> 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; <input type="checkbox"/> 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; <input type="checkbox"/> 08 - Pais, avós e bisavós; <input type="checkbox"/> 09 - Menor pobre, até 21 anos, que crie e eduque e do qual detenha a guarda judicial; <input type="checkbox"/> 10 - A pessoa absolutamente incapaz, da qual seja tutor ou curador.	
	INFORMAÇÕES DO VÍNCULO DO EMPREGO	
	34	Primeiro emprego: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
35	É membro ou ocupa cargo de direção em algum sindicato? <input type="checkbox"/> Sim – Qual? _____ <input type="checkbox"/> Não	
DADOS GERAIS DO CONTRATO – CASO TENHA OUTRO EMPREGO		
36	Múltiplos vínculos trabalhistas: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> 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 align="center">Anexar a cópia dos seguintes documentos OBRIGATÓRIOS para Admissão:</p> <input type="checkbox"/> 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; <input type="checkbox"/> Ficha de Cadastro (E-social); <input type="checkbox"/> Currículo Atualizado; <input type="checkbox"/> Atestado Médico Admissional – Cópia do exame realizado ; <input type="checkbox"/> 01 Foto 3x4; <input type="checkbox"/> Cópia da Carteira de Trabalho DIGITAL ; <input type="checkbox"/> Cópia Carteira de Identidade – RG; <input type="checkbox"/> Cópia CPF; <input type="checkbox"/> Cópia do Título de Eleitor; <input type="checkbox"/> Cópia da Carteira de Motorista (caso tenha); <input type="checkbox"/> Cópia do Cartão de Vacinação – VACINAS ATUALIZADAS : Antitetânica, Tríplice e Hepatite B <input type="checkbox"/> Cópia do Certificado de Reservista (para candidato do sexo masculino); <input type="checkbox"/> Cópia Comprovante de Conta Bancária (preferencialmente Santander) ; <input type="checkbox"/> Cópia Comprovante de Endereço com CEP e Atualizado; <input type="checkbox"/> Cópia Espelho do PIS ou Cartão Cidadão; <input type="checkbox"/> Cópia AUTENTICADA dos Certificados de Escolaridade/titulação; <input type="checkbox"/> Cópia AUTENTICADA dos Certificados de Qualificação profissional relacionados à função; <input type="checkbox"/> Cópia do documento do estado civil (certidão de casamento, averbação de divórcio...); <input type="checkbox"/> RG ou Certidão de Nascimento dos dependentes ; <input type="checkbox"/> CPF dos dependentes (obrigatório para dependentes de Imposto de Renda) ; <input type="checkbox"/> Cópia da comprovação semestral de frequência escolar a partir dos 7 (sete) anos de idade, para fins de pagamento do salário-família;	

<p>() Cópia do Cartão de Vacina da 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 do 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 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, 06 de fevereiro de 2023.

Instituto Nacional de Desenvolvimento Social e Humano - INDSH