

PROCESSO SELETIVO PARA CONTRATAÇÃO E FORMAÇÃO DE CADASTRO RESERVA

EDITAL Nº 016/2023 – 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 a realização do processo seletivo para contratação e formação de cadastro reserva, para os cargos de Auxiliar de Coleta, Auxiliar de Farmácia, Assistente de Compras e Técnico em Laboratório 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 dia **02/06 – Sexta - Feira às 10h00 no seguinte e-mail:**

recursoshumanos01@tneuro.com.br

Técnico de Análises Clínicas em Laboratório	
NOME	RESULTADO
ANDRESA SILVA MAIA	Convocado para Admissão
VINICIUS SOUZA PIRES DE MORAIS	Cadastro Reserva
FELIPE SOARES MARTINS	Cadastro Reserva
ADRIANA MENDANHA BUENO	Desclassificado
ALDEMIR RODRIGUES DO NASCIMENTO	Desclassificado
ANDRESSA ÁZARA RODRIGUES	Desclassificado
ANIELE COSTA SOUSA	Desclassificado
ANNA VICTORIA SILVA MARINHO	Desclassificado
CAROLINA CORRÊA RIBEIRO	Desclassificado
DEBORA DA SILVA FRANCISCO MACIEL	Desclassificado
ELAINE ELIAS DE ALBUQUERQUE	Desclassificado

ELIAS ANTUNES NETO	Desclassificado
GILMARA DE OLIVEIRA SANTOS	Desclassificado
KÉZIA NAYARA FIGUEREDO FIRMINO	Desclassificado
LEIDIANY DA COSTA ASSUNÇÃO	Desclassificado
PATRICIA LUZIA MARTINS	Desclassificado
PATRÍCIA CÂNDIDA DE ARAUJO	Desclassificado
PEDRO IVO AMARAL	Desclassificado
TAMIRIS ALMEIDA DOS SANTOS	Desclassificado
THALIA GABRIELLE BOÁS MIRANDA	Desclassificado
THAMARA MOREIRA SILVA	Desclassificado

Auxiliar de Coleta	
NOME	RESULTADO
EMILENA DE JESUS CUNHA	Cadastro Reserva
LAISLA SILVA PAIVA VIEIRA	Cadastro Reserva
MIRIã VENANCIO DE ALMEIDA	Cadastro Reserva
VALÉRIA DA SILVA E SILVA	Cadastro Reserva
RAQUEL LARISSA DA SILVA BRITO	Desclassificado
ELAINE RODRIGUES DA SILVA BARROS	Desclassificado
GIOVANNA LYSSA ARAÚJO CAETANO	Desclassificado
JOAO VENÂNCIO NETO	Desclassificado
LUCAS GABRIEL DE SOUZA CAMBUI	Desclassificado
MARIANA ALVES DOS SANTOS	Desclassificado
NAIARA KARINE ARAÚJO DOS SANTOS	Desclassificado
RAÍLA VIEIRA DE ANDRADE SILVA	Desclassificado
VINICIUS SOUZA PIRES DE MORAIS	Desclassificado

Assistente de Compras	
NOME	RESULTADO
LUÍZA DE SOUSA COSTA	Convocado para Admissão
ANA GIULIA SILVA ARAUJO	Desclassificado
BRUCE BRANDÃO CORRÊA	Desclassificado
DALVA VIEIRA DE MORAES	Desclassificado
EDUARDO SILVA MARINHO	Desclassificado
GABRIEL HENRIQUE NASCIMENTO MENDONÇA	Desclassificado
GRAZIELLE MARTINS DE PAULA RIBEIRO	Desclassificado
ISMAEL DIAS DA MAIA	Desclassificado
JEAN LUCAS PEREIRA OLIVEIRA	Desclassificado
JEAN MICHEL ROSENDO DA SILVA	Desclassificado
ALLYNE DA CONCEIÇÃO NASCIMENTO LEMOS	Desclassificado
MARCIO ANTONIO DA SILVA	Desclassificado
MARICE SANTANA DOS SANTOS	Desclassificado
MARTA ISLEY NOIA SANTOS	Desclassificado
MAYARA RESENDE LEITE VILARINHO	Desclassificado

MICHELE DAYANE MATIAS CARVALHO	Desclassificado
NAYARA APARECIDA DOS REIS CRUZ	Desclassificado
PATRICIA DA SILVA BORGES	Desclassificado
RAFAEL ISSA SKAF	Desclassificado
RENATO GONÇALVES PEREIRA	Desclassificado
VICTORIA DA SILVA CARVALHO LUSTOSA	Desclassificado
WALLAS DOS REIS	Desclassificado
WANESSA RODRIGUES DE SOUSA	Desclassificado

Auxiliar de Farmácia	
Nome	Resultado
MARIANE RAIZA SANTANA DA SILVA	Convocado para a Admissão
BRUCE BRANDÃO CORRÊA	Convocado para a Admissão
DANIELA MARTINS FIGUEIRA	Cadastro Reserva
CRISTIANE NUNES DE LIMA	Desclassificado
ELISANGELA ROBERTA DE ARAUJO	Desclassificado
GABRIEL HENRIQUE NASCIMENTO MENDONÇA	Desclassificado
LARA CRISTINA EVELYN RIO BRANCO	Desclassificado
ROSIMEIRR GUEDES DOS SANTOS	Desclassificado
SÔNIA MAR BRAZ NOGUEIRA LEITE	Desclassificado
AMANDA ELIAS DA SILVA LEMOS	Desclassificado
ISABELLE BRUNI DA SILVA	Desclassificado
LUCAS MARTINS DE OLIVEIRA	Desclassificado
ANA BEATRIZ FURTADO CRUZ	Desclassificado
BEATRIZ APARECIDA NUNES CEROZINO	Desclassificado
GABRIELA LIMA FERREIRA RODRIGUES	Desclassificado
GIOVANNA LYSSA ARAÚJO CAETANO	Desclassificado
GUTIELLY FERREIRA DA MOTA	Desclassificado
HILDA BARROS PRAZERES	Desclassificado
JEICIANE DOS SANTOS LEAL	Desclassificado
KATHLYN MAIARA REZENDE MONTEIRO	Desclassificado
LAIS LAYLA DE PAULA DIAS	Desclassificado
MARIA CAROLINA BATISTA NOGUEIRA	Desclassificado
MARIA ROSA RIBEIRO DE ALMEIDA FAGUNDES	Desclassificado
PAULO HENRIQUE RAMOS RIBEIRO	Desclassificado
SORAYA FRANCISCA ROSA	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:	
***** *	DESEJORECEBER 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	

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	Datada expedição do documento:		
16	Órgãoemissor do documento:		
17	Datada 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		
PESSOACOM DEFICIÊNCIA FÍSICA: () Sim () Não			
25	Deficiência motora: () Sim () Não		
26	Deficiência visual: () Sim () Não		
27	Deficiência auditiva: () Sim () Não		
28	Reabilitado: () Sim () 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	Contabancária:		
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: () 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: (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	<p align="center">Anexar a cópia dos seguintes documentos OBRIGATÓRIOS 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 (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>

- 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 OCOMPROVANTE 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.

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, 01 de Junho de 2023

Instituto Nacional de Desenvolvimento Social e Humano – INDSH.