

## PROCESSO SELETIVO PARA CONTRATAÇÃO E FORMAÇÃO DE CADASTRO RESERVA

### EDITAL Nº 019/2023 – UPA DR ALAIR MAFRA ANDRADE

#### RESULTADO DA ENTREVISTA

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: Assistente de Compras, Auxiliar de Almoxarifado, Auxiliar de Farmácia, Auxiliar Administrativo, Enfermeiro(a) CCIH - Comissão de Controle de Infecção Hospitalar, Enfermeiro(a) da Qualidade e NSP - Núcleo de Segurança do Paciente, Enfermeiro(a) Sala Vermelha, Farmacêutico, Faturista, Jovem Aprendiz, Motorista de Ambulância, Recepcionista, Técnico de Segurança do Trabalho e Técnico em Enfermagem 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.

TÉCNICO EM ENFERMAGEM	
NOME	RESULTADO
MARTA SOUZA SANTOS FIORI	Convocado para a Admissão
DANIELLY SOUZA SALES NASCIMENTO	Convocado para a Admissão
ROSIMEIRE GERALDA RAMOS	Desclassificado
EDENIZE GUSMAO DE SOUSA	Desclassificado
MAX PAULO DA SILVA	Desclassificado
GREICE KELEM TEODORO BRUNO COSTA	Desclassificado
ILDO MULATO VIANA	Desclassificado
LUCAS MARCELINO DOS SANTOS	Desclassificado
MATEUS HENRIQUE MONTEIRO FERRAZ ARAUJO	Desclassificado
NAYARA FARIDA CARDOSO LOPES	Desclassificado
PEDRO HENRIQUE GOMES DA SILVA	Desclassificado
APARECIDA JAQUIELE NOVAES DE SENA	Desclassificado
DANIELE CAZARIM	Desclassificado
GABRIELA VITORIA RODRIGUES LOURENCO	Desclassificado
GISELE ANTÁ'NIA ALVES	Desclassificado



PATRICIA CANDIDA DE MOURA	Desclassificado
SORAYA FERNANDES 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	
<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>DESEJO RECEBER VALE TRANSPORTE COM 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>DADOS DO TRABALHADOR</b>
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.

	<input type="checkbox"/> Parda (declarada como mulata, cabocla, cafuza, mameluca ou mestiça de negro com pessoa de outra cor ou raça) <input type="checkbox"/> Não informado		
<b>DOCUMENTOS DE IDENTIFICAÇÃO</b>			
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:	
<b>INFORMAÇÕES DE CONTATO</b>			
20	Número de telefone fixo do trabalhador:		
21	Número de telefone móvel do trabalhador:		
22	Endereço eletrônico principal:		
23	Endereço eletrônico secundário:		
<b>ESCOLARIDADE</b>			
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		
<b>PESSOA COM DEFICIÊNCIA FÍSICA: ( ) Sim ( ) Não</b>			
25	Deficiência motora: ( ) Sim ( ) Não		
26	Deficiência visual: ( ) Sim ( ) Não		
27	Deficiência auditiva: ( ) Sim ( ) Não		
28	Reabilitado: ( ) Sim ( ) Não		
<b>INFORMAÇÕES BANCÁRIAS / INFORMAÇÕES DE OPÇÃO DO VALE TRANSPORTE</b>			
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:	
<b>DEPENDENTES</b>		
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.	
	<b>INFORMAÇÕES DO VÍNCULO DO EMPREGO</b>	
	34	Primeiro emprego: ( ) Sim ( ) Não
	35	É membro ou ocupa cargo de direção em algum sindicato? ( ) Sim – Qual? _____ ( ) Não
<b>DADOS GERAIS DO CONTRATO – CASO TENHA OUTRO EMPREGO</b>		
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	<b>Anexar a cópia dos seguintes documentos OBRIGATORIOS 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; ( ) Ficha de Cadastro (E-social); ( ) Currículo Atualizado; ( ) Atestado Médico Admissional – <b>Cópia do exame realizado</b> ; ( ) 01 Foto 3x4; ( ) Cópia da Carteira de Trabalho <b>DIGITAL</b> ; ( ) 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);	

<ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> Cópia Comprovante de Conta Bancária (<b>preferencialmente Santander</b>);</li><li><input type="checkbox"/> Cópia Comprovante de Endereço com CEP e Atualizado;</li><li><input type="checkbox"/> Cópia Espelho do PIS ou Cartão Cidadão;</li><li><input type="checkbox"/> Cópia <b>AUTENTICADA</b> dos Certificados de Escolaridade/titulação;</li><li><input type="checkbox"/> Cópia <b>AUTENTICADA</b> dos Certificados de Qualificação profissional relacionados à função;</li><li><input type="checkbox"/> Cópia do documento do estado civil (certidão de casamento, averbação de divórcio...);</li><li><input type="checkbox"/> <b>RG ou Certidão de Nascimento dos dependentes;</b></li><li><input type="checkbox"/> <b>CPF dos dependentes (obrigatório para dependentes de Imposto de Renda);</b></li><li><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;</li><li><input type="checkbox"/> Cópia do Cartão de Vacina da Criança, de filhos de até 7 (sete) anos de idade, para fins de pagamento do salário-família;</li><li><input type="checkbox"/> Comprovante de vínculo empregatício (<b>Em caso de múltiplos vínculos</b>);</li><li><input type="checkbox"/> Cópia do comprovante do pagamento da anuidade do Conselho Regional da Classe;</li><li><input type="checkbox"/> Cópia do Registro no Conselho Regional da Classe</li><li><input type="checkbox"/> Declaração do conselho de processo ético.</li><li><input type="checkbox"/> Ficha CNES Preenchida – ANEXO II</li><li><input type="checkbox"/> Cópia do Cartão do SUS</li><li><input type="checkbox"/> Cópia do Cartão de Vacina da Covid - 19</li><li><input type="checkbox"/> Laudo Médico ( Se portador de Necessidades Especiais)</li><li><input type="checkbox"/> Declaração de Residência Preenchido - ANEXO III (CASO O COMPROVANTE NÃO SEJA NO NOME DO COLABORADOR)</li></ul>
--

### **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 Agosto de

2023.

Instituto Nacional de Desenvolvimento Social e Humano - INDSH