

PROCESSO SELETIVO SIMPLIFICADO – 003/2019
2º CONVOCAÇÃO PARA ENTREGA DOS DOCUMENTOS

Abaixo segue listagem dos aprovados para Recepcionistas, Técnico em radiologia, Assistente social, técnico em enfermagem e enfermeiro, conforme prova realizada nos dias 20 e 24/09/2019 e de acordo com edital 003/2019;

RECEPCIONISTA			
NOME	NOTA PROVA	NOTA CURRÍCULO	TOTAL
JOSIELY DAIANE G. DOS SANTOS	27,00	5,00	32,00
DARSIO BARBOZA DA SILVA	25,00	2,80	27,80

TÉCNICO EM RADIOLOGIA			
NOME	NOTA PROVA	NOTA CURRÍCULO	TOTAL
LUANA CRISTINA DE OLIVEIRA	27,00	2,11	28,11

ASSISTENTE SOCIAL			
NOME	NOTA PROVA	NOTA CURRÍCULO	TOTAL
ELISANGELA DE C. VALDERRAMA	27,00	4,50	31,50

TÉCNICO EM ENFERMAGEM				
SEQ	NOME	NOTA PROVA	NOTA CURRÍCULO	TOTAL
***	ELISAMA AVILA DE AMORIN	40,00	0,40	40,40
1	DILMA ANDRADE VILELA	35,00	52,00	87,00
2	EDNA APARECIDA JACINTHO	32,50	30,00	62,50
3	LUCIANA SEMINOV	27,50	27,60	55,10
4	GERMANDO PASCHOAL LEMOS	32,50	22,00	54,50
5	ANA LUCIA SIQUEIRA DE MELO	27,50	23,10	50,60
6	GRACIELE CAMARGO GLINSKI	32,50	14,00	46,50
7	FERNANDA DO ROCIO FERNANDES	30,00	16,30	46,30
8	NEUSA NICOLAU DE PINA OLIVEIRA	25,00	18,92	43,92
9	MONICA PRISCILA S DEMESUS	32,50	10,80	43,30
10	LUANA FRANCO DA ROCHA	42,50	0,00	42,50
11	TATIANA PEREIRA DA SILVA	35,00	6,90	41,90
12	EUGENIA BILHALBA VARELA	30,00	10,50	40,50
13	ALINE MARINS DA SILVA	40,00	0,00	40,00
14	CINTIA WERNER	27,50	10,30	37,80
15	WILLIAN JEAN BARBOSA	37,50	0,00	37,50
16	DEUSLIRES DA E. B MACHADO	30,00	7,50	37,50
17	IRAIL FERREIRA PASSOS	32,50	0,30	32,80
18	PATRICK DE PADUA GOMES	32,50	0,00	32,50
19	LARISA CAMARGO GLINSKI	30,00	2,00	32,00
20	ANA CLAUDIA DA ROSA MENDONÇA	27,50	2,60	30,10
21	AMANDA ALVES MOREIRA FERREIRA	30,00	0,00	30,00
22	ROSALINA DE F. G. SANTOS	28,75	0,00	28,75
23	PRISCILA P. DOS SANTOS TONETA	27,50	0,60	28,10
24	AMANDA WEBER	27,50	0,00	27,50
25	THELMA DO ROSSIL MOREIRA	27,50	0,00	27,50
26	ZENI TEIXEIRA MARTINS	25,00	0,00	25,00

27	JOCEMAMARI A. DE FREITAS	25,00	0,00	25,00
----	--------------------------	-------	------	-------

Após 1º convocação dos aprovados para preenchimento das vagas apresentadas, a candidata ELISAMA AVILA DE AMORIN ficou classificada dentro das vagas remanescentes e após realizada a etapa da prova objetiva, ficou aprovada dentro do número de vagas apresentadas no edital de complementação do dia 18/09/2019.

Para os 8 primeiros colocados da listagem acima, deverão apresentar os documentos conforme anexo I, II e III no dia 27/09/2019 às 09 horas no endereço no endereço Agência do trabalhador – posto CEART na Avenida Ayrton Senna da Silva, 2842 Bairro: Planta Guilherme Weiss, Pinhais – PR CEP: 83323-092 sala 13 para posterior agendamento do exame admissional.

Para os demais colocados estes são considerados como cadastro de reserva para futuras contratações.

ENFERMEIRO				
SEQ	NOME	NOTA PROVA	NOTA CURRÍCULO	TOTAL
**	LILIAN BUENO DE LIMA	27,50	1,00	28,50
**	RAFAELA DE LIMA JEZ	27,50	1,00	28,50
**	MARIA EMILIA DE ASSIS LEMOS	25,00	1,00	26,00
1	PEDRO HENRIQUE SILVA SANTOS	25,00	24,80	49,80
2	JEFERSON D. SAMPAIO DA SILVA	30,00	15,00	45,00
3	LUCIANA DUARTE MORAES	32,50	8,10	40,60
4	CAMILA RIBEIRO GUSO	25,00	10,10	35,10
5	NATALEE DA SILVA MEDEIROS	32,50	0,00	32,50
6	IARA GONCALVES MOREIRA	31,25	0,00	31,25
7	TATIANE CASSIA FORTES	27,50	0,30	27,80
8	CAMILA ALESSANDRA DE PAUL	25,00	0,20	25,20
9	FLAVIA M. DE CARVALHO CALAÇA	25,00	0,00	25,00

Após 1º convocação dos aprovados para preenchimento das vagas apresentadas, as candidatas LILIAN BUENO DE LIMA, RAFAELA DE LIMA JEZ E MARIA EMILIA DE ASSIS LIEMOS ficaram classificadas dentro das vagas remanescentes e após realizada a etapa da prova objetiva, foram aprovada dentro do número de vagas apresentadas no edital de complementação do dia 18/09/2019.

Para os 6 primeiros da listagem acima, deverão apresentar os documentos conforme anexo I, II e III no dia 27/09/2019 às 09 horas no endereço no endereço Agência do trabalhador – posto CEART na Avenida Ayrton Senna da Silva, 2842 Bairro: Planta Guilherme Weiss, Pinhais – PR CEP: 83323-092 sala 13 para posterior agendamento do exame admissional.

Para os demais colocados estes são considerados cadastro de reserva para futuras contratações.

Para aqueles candidatos que não constam nas listagem acima, estes não acertaram a quantidade mínima de 50% da prova conforme ítem 1.5 do edital em epígrafe

Piraquara, 25 de setembro de 2019.

INCS – Instituto Nacional de Ciências de Ciências da Saúde
Departamento de Recursos Humanos

ANEXO I

LISTA DE DOCUMENTOS

- () Cópia de Pessoas Físicas (CPF);
- () Cópia Título de Eleitor;
- () Cópia Certidão de Alistamento Militar/Reservista;
- () Cópia do PIS/PASEP/Inscrição INSS (Solicitar na agencia da Caixa Econômica Federal);
- () Cópia Registro Geral (RG);
- () Cópia Certidão de Casamento;
- () Cópia Comprovante de Residência;
- () Cópia Comprovante de Escolaridade;
- () Cópia RG/Certidão de Nascimento e CPF dos dependentes;
- () Cópia Cartão Conta Bancária;
- () Cópia Carteira de Vacinação dos filhos menores de 14 anos;
- () Cópia de Carteira de Trabalho: Páginas onde consta Número e Série, Qualificação Civil e Alterações de Identidade; e a Carteira para registro;
- () Foto 3x4;
- () Cópia do Cartão do SUS;
- () Cópia do Cartão Vale Transporte (se for utilizar);
- () 2 Cópias do Carteira do Coren
- () Cópia da Certidão Negativa de Débitos do Coren
- () 2 Cópias do Certificado de conclusão do curso técnico ou superior;
- () 2 Cópias da Carteira de Vacinação;

*****ATENÇÃO – é obrigatória a entrega de todos os documentos solicitados para registro no sistema*****

ANEXO II FICHA DE CADASTRO

Prezado Colaborador,

É muito importante o preenchimento

os campos deste

questionário para nossa empresa. Desse modo solicitamos a entrega atenta a todos os campos

DADOS DO EMPREGADOR

Nome da Empresa:

CNPJ:

DADOS DO TRABALHADOR

1 - Nome do Trabalhador:

2 - Nacionalidade:

3 - Sexo: () Masculino () Feminino

4 - Data de nascimento: ____ / ____ / ____

5 - Local de nascimento:

6 - Estado civil: () Solteiro () Casado () Divorciado () Viúvo () União Estável () Outros

7 - Raça e Cor: () Indígena () Branca () Negra () Amarela de origem japonesa, coreana etc.

() Parda (declarada como mulata, ou mestiça de negro com pessoa de outra cor ou raça)

() Não informado

8 - Nome da mãe:

9 - Nome da pai:

DADOS COMPLEMENTARES DO TRABALHADOR

10 - Residente no Exterior: () Sim () Não

11 - País:

12 - Endereço:

13 - Número:

14 - Bairro:

15 - Complemento:

16 - Cidade:

17 - CEP:

18 - Residência própria: () Sim () Não

19 - Comprada com recursos do FGTS: () Sim () Não

DOCUMENTOS DE IDENTIFICAÇÕES

20 - CPF:

21 - (NIS)PIS/PASEP/INSS:

22 - Número da CTPS:

23 - Série da CTPS:

24 - Unidade de Federação da expedição da CTPS:

25 - Data Emissão CTPS: ____ / ____ / ____

26 - Número RG:

27 - Documento Origem:

28 - Órgão emissor do RG:

29 - Data da expedição RG: ____ / ____ / ____

30 - Número CNH:

31 - Categoria:

32 - Data da Validade CNH: ____ / ____ / ____

33 - Número Título Eleitor:

34 - Zona:

35 - Seção:

35 - Número Reservista:

36 - Categoria Reservista:

37 - Número Órgão de Classe (COREN, OAB, CREF, CRM):

UF:

38 - Data da expedição: ____ / ____ / ____

39 - Data da validade: ____ / ____ / ____

INFORMAÇÕES DE CONTATO

40 - Número de telefone fixo do trabalhador com DDD:

41 - Número de telefone móvel do trabalhador com DDD:

42 - Endereço eletrônico principal:

43 - Endereço eletrônico secundário:

ESCOLARIDADE

44 - Grau de Instrução do trabalhador:

() 01 – Analfabeto

() 02 – Até a 4ª série incompleta do ensino fundamental (antigo 1º grau ou primário)

- () 03 – 4º série completa do ensino fundamental (antigo 1º grau ou ginásio)
 () 04 – Da 5ª a 8ª série do ensino fundamental (antigo 1º grau ou ginásio)
 () 05 – Ensino fundamental completo (antigo 1º grau, primário ou ginásio)
 () 06 – Ensino médio incompleto (antigo 2º grau, secundário ou colegial)
 () 07 – Ensino médio completo (antigo 2º grau, secundário ou colegial)
 () 08 – Educação Superior incompleta
 () 09 – Educação Superior completa
 () 10 – Pós Graduação
 () 11 – Mestrado
 () 12 – Doutorado

TRABALHADOR ESTRANGEIRO

- 45 - Data da chegada do trabalhador ao Brasil, em caso de estrangeiro:
 46 - Data de naturalização brasileira em caso de estrangeiro naturalizado:
 47 - Condição de casado com brasileiros em caso de trabalhador estrangeiro: () Sim () Não
 48 - Se o trabalhador estrangeiro tem filhos com brasileiro: () Sim () Não

PESSOA COM DEFICIÊNCIA

- 49 - Deficiência motora: () Sim () Não
 50 - Deficiência visual: () Sim () Não
 51 - Deficiência auditiva: () Sim () Não
 52 - Reabilitado. Observações:

DEPENDENTES

- 53 - Tipos de dependentes, conforme tabela:
 () 01 – Cônjuge ou companheiro (a) com o (a) qual tenha filho ou viva a mais de 5 (cinco) anos;
 () 02 – Filho (a) ou enteado (a) até 21 (vinte e um) anos;
 () 03 – Filho (a) ou enteado (a) universitário (a) ou cursando escola técnica de 2º grau, até 24 (vinte e quatro) anos;
 () 04 – Filho (a) ou enteado (a) em qualquer idade, quando incapacitado física e/ou mentalmente para o trabalho;
 () 05 – Irmão (a), neto (a) ou bisneto (a) sem arrimo dos pais, do (a) qual detenha a guarda judicial, até 21 (vinte um) anos;
 () 06 – Irmão (a), neto (a) ou bisneto (a) sem arrimo dos pais, com idade até 24 anos, se ainda estiver cursando estabelecimento de nível Superior
 () 07 - Irmão (a), neto (a) ou bisneto (a) sem arrimo dos pais, do (a) 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 (vinte e um) anos, que crie e eduque e do qual detenha a guarda judicial;
 () 10 – A pessoa absolutamente incapaz, da qual seja tutor ou curador.

- 54 - Nome de cada dependente com sua respectiva data de nascimento e CPF (Caso não tiver, Favor providenciar quanto antes)

NOME DO DEPENDENTE	DATA DE NASCIMENTO	CPF DO DEPENDENTE

- ⁵⁵ Dependentes para fins de IRRF: () Sim () Não

- 56 Dependentes para fins de Salário-Família: () Sim () Não

MÚLTIPLOS VINCULOS TRABALHISTAS * O profissional de enfermagem poderá ter somente registrado em seu CNES apenas 2 vínculos totalizando no máximo 72 horas

- ⁵⁷ Trabalha registrado em outra empresa: () Sim () Não

- ⁵⁸ Nome da empresa:

- ⁵⁹ CNPJ: _____ 60 - Remuneração na empresa:

- ⁶¹ Comentários:

OCUPAÇÃO NA EMPRESA

Data de Admissão:

Período de Experiência:

DADOS BANCÁRIOS

Banco:

Agência:

Tipo de Conta:

Número da Conta:

Anexar**DECLARAÇÃO**

Declaro para os devidos fins que as informações constantes neste formulário são fieis 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 de minha responsabilidade.

Além disso, fui informado que se houver qualquer alteração nesta Declaração, a mesma deverá ser modificada junto ao Departamento de Recursos Humanos.

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.

Assinatura

PRAZO

O preenchimento e a cópia dos documentos deverão ser entregues ao Departamento de Recursos Humanos no prazo máximo de 02 dias antes da data de admissão.

_____/_____/_____

**ANEXO III
FICHA CADASTRAMENTO CNES**

***PREENCHER SOMENTE OS CAMPOS EM AMARELO**

FICHA CADASTRAL DE ESTABELECIMENTO DE SAÚDE
 Cadastro de Profissional

FICHA N°20

1 - DADOS OPERACIONAIS

 INCLUSÃO

 ALTERAÇÃO

 EXCLUSÃO
2 - IDENTIFICAÇÃO
2.1 - CNES

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

2.8 Nome Fantasia do Estabelecimento

INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA SAÚDE - UPA 24 HORAS

31- DADOS DO PROFISSIONAL

 CADASTRAMENTO

SUS

NÃO SUS

31.1 Dados de Identificação
31.1.1 Nome do Profissional

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

31.1.2 PIS/PASEP
31.1.3 - CPF
31.1.4 Numero CNS (Cartão SUS)
31.1.5 - Sexo

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

31.1.6 Nome da Mãe

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

31.1.7 Nome do Pai

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

31.1.8 Data do Nascimento do Profissional
31.1.9 Município do Nascimento
31.1.10 - Cód IBGE do Município
31.1.11 - UF
31.1.12 Raça/Cor

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

31.1.13 - Certidão/Tipo
31.1.14 - Nome do Cartório

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

31.1.15 - Livro
31.1.16 - Fls
31.1.17 - Termo
31.1.18 - Data de Emissão
31.1.19 - ° Identidade

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

31.1.20 - UF
31.1.21 - Órgão Emissor
31.1.22 Data de Emissão
31.1.23 - Nacionalidade
31.1.24 - País de Origem

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

31.1.25 Data da Entrada
31.1.26 - Data de Naturalização
31.1.27 Portaria
31.1.28 N° Tit Eleitor
31.1.29 Zona 31.1.30 - Seção

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

31.1.31- CTPS N°
31.1.32 - Série
31.1.33 - UF
31.1.34 - Data de Emissão
31.1.35 - Escolaridade
31.1.36 Sit familiar/Conjugal
31.1.37 Fre Escolar

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

31.2 Dados Residências
31.2.1 -Tipo Logradouro
31.2.2 Logradouro
31.2.3 -Numero
31.2.4 - Compl
31.2.5 - Bairro

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

31.2.6 - Município de Residência
31.2.7 - Código IBGE do Município
31.2.8 - UF
31.2.9 - CEP
31.2.10 - Telefone

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

31.3 - Dados Bancários
31.3.1 - Banco

Código

Nome

31.3.2 - Agência

Código

Nome

31.3.3 - Conta Corrente

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Assinatura e Carimbo do Diretor da Unidade

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Assinatura e Carimbo do Gestor Municipal do Sus

Data

Assinatura e Carimbo do Gestor Estadual do Sus

Data

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Assinatura e Carimbo do profissional

Data

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

FICHA CADASTRAL DE ESTABELECIMENTO DE SAÚDE
 Cadastro de Profissional

FICHA N°21

1 - DADOS OPERACIONAIS

 INCLUSÃO

 ALTERAÇÃO

 EXCLUSÃO

2 - IDENTIFICAÇÃO

2.1 - CNES

--	--	--	--	--	--	--

2.8 Nome Fantasia do Estabelecimento

INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA SAÚDE - UPA 24 HORAS

31.1.1 Nome do Profissional

31 - DADOS DO PROFISSIONAL - Continuação
31.4 - Vinculos

31.4.1 - Registro no Conselho de Classe

31.4.2 - Orgão Emissor

31.4.3 - Atendimento ao SUS

31.4.4 - Vínculo

Cód	Vinculação	Cód	Tipo	Cód	Sub - Tipo
<input type="checkbox"/>					

31.4.5 - Classificação Brasileira de Ocupações -CBO

Código	Descrição
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

31.4.6 - Carga Horária Semanal

<input checked="" type="checkbox"/>	Ambulatorial	<input type="checkbox"/>	Hospitalar	<input type="checkbox"/>	Outros
-------------------------------------	--------------	--------------------------	------------	--------------------------	--------

31.4.7 - Data da Entrada

31.4.8 - Data de Desligamento

31.4.9 - Motivo do Desligamento

Cód	Descrição
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

31.4 - Vinculos

31.4.1 - Registro no Conselho de Classe

31.4.2 - Orgão Emissor

31.4.3 - Atendimento ao SUS

31.4.4 - Vínculo

Cód	Vinculação	Cód	Tipo	Cód	Sub - Tipo
<input type="checkbox"/>					

31.4.5 - Classificação Brasileira de Ocupações -CBO

Código	Descrição
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

31.4.6 - Carga Horária Semanal

<input type="checkbox"/>	Ambulatorial	<input type="checkbox"/>	Hospitalar	<input type="checkbox"/>	Outros
--------------------------	--------------	--------------------------	------------	--------------------------	--------

31.4.7 - Data da Entrada

31.4.8 - Data de Desligamento

31.4.9 - Motivo do Desligamento

Cód	Descrição
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

31.4 - Vinculos

31.4.1 - Registro no Conselho de Classe

31.4.2 - Orgão Emissor

31.4.3 - Atendimento ao SUS

31.4.4 - Vínculo

Cód	Vinculação	Cód	Tipo	Cód	Sub - Tipo
<input type="checkbox"/>					

31.4.5 - Classificação Brasileira de Ocupações -CBO

Código	Descrição
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

31.4.6 - Carga Horária Semanal

<input type="checkbox"/>	Ambulatorial	<input type="checkbox"/>	Hospitalar	<input type="checkbox"/>	Outros
--------------------------	--------------	--------------------------	------------	--------------------------	--------

31.4.7 - Data da Entrada

31.4.8 - Data de Desligamento

31.4.9 - Motivo do Desligamento

Cód	Descrição
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Assinatura e Carimbo do Diretor da Unidade

Assinatura e Carimbo do Gestor Municipal do Sus Data

Assinatura e Carimbo do Gestor Estadual do Sus

Data

Assinatura e Carimbo do profissional

Data