

**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;

| <b>RECEPCIONISTA</b>         |            |                |       |
|------------------------------|------------|----------------|-------|
| 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 |

| <b>TÉCNICO EM RADIOLOGIA</b> |            |                |       |
|------------------------------|------------|----------------|-------|
| NOME                         | NOTA PROVA | NOTA CURRÍCULO | TOTAL |
| LUANA CRISTINA DE OLIVEIRA   | 27,00      | 2,11           | 28,11 |

| <b>ASSISTENTE SOCIAL</b>    |            |                |       |
|-----------------------------|------------|----------------|-------|
| NOME                        | NOTA PROVA | NOTA CURRÍCULO | TOTAL |
| ELISANGELA DE C. VALDERRAMA | 27,00      | 4,50           | 31,50 |

| <b>TÉCNICO EM ENFERMAGEM</b> |                                |            |                |       |
|------------------------------|--------------------------------|------------|----------------|-------|
| 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.

| <b>ENFERMEIRO</b> |                              |            |                |       |
|-------------------|------------------------------|------------|----------------|-------|
| 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 item 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 |
|--------------------|--------------------|-------------------|
|                    |                    |                   |
|                    |                    |                   |
|                    |                    |                   |

- <sup>55</sup> 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

- <sup>57</sup> Trabalha registrado em outra empresa: ( ) Sim ( ) Não

- <sup>58</sup> Nome da empresa:

- <sup>59</sup> CNPJ: \_\_\_\_\_ 60 - Remuneração na empresa:

- <sup>61</sup> 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°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="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

31.4.5 - Classificação Brasileira de Ocupações -CBO

| Código               | Descrição            |
|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |

31.4.6 - Carga Horária Semanal

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

31.4.7 - Data da Entrada

31.4.8 - Data de Desligamento

**31.4.9 - Motivo do Desligamento**

| Cód                  | Descrição            |
|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |

**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="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

31.4.5 - Classificação Brasileira de Ocupações -CBO

| Código               | Descrição            |
|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |

31.4.6 - Carga Horária Semanal

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

31.4.7 - Data da Entrada

31.4.8 - Data de Desligamento

**31.4.9 - Motivo do Desligamento**

| Cód                  | Descrição            |
|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |

**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="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

31.4.5 - Classificação Brasileira de Ocupações -CBO

| Código               | Descrição            |
|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |

31.4.6 - Carga Horária Semanal

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

31.4.7 - Data da Entrada

31.4.8 - Data de Desligamento

**31.4.9 - Motivo do Desligamento**

| Cód                  | Descrição            |
|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |

Assinatura e Carimbo do Diretor da Unidade

Assinatura e Carimbo do Gestor Municipal do Sus

Assinatura e Carimbo do Gestor Estadual do Sus

Data

Assinatura e Carimbo do profissional

Data