

CONCURSO PÚBLICO 001/2017-EMSERH- EDITAL DE CONVOCAÇÃO DE CANDIDATOS Nº 15/2019

O Presidente da Empresa Maranhense de Serviços Hospitalares – EMSERH, no uso de suas atribuições legais, torna pública a convocação dos aprovados no **Concurso Público Nº 001/2017** visando o preenchimento de vagas das unidades de saúde administradas pela EMSERH, em razão do interesse público, necessidade e conveniência da empresa, conforme a seguir:

1. Relação de candidatos convocados, conforme ordem de classificação:

1.1 M03 - ASSISTENTE ADMINISTRATIVO

ORDEM DE CONVOCAÇÃO	CANDIDATO	INSCRIÇÃO
34- COTA	ROSE MARLY NUNES PACHECO CIRQUEIRA	6110794
35- AC	JOSENILDE RIBEIRO MADEIRA	06110504
36-AC	JOELMA TORRES	06119021
37-AC	AUGUSTO JÔNATAS FERRO PINTO	06111678

1.2 S03 - ENFERMEIRO

ORDEM DE CONVOCAÇÃO	CANDIDATO	INSCRIÇÃO
32- AC	ROGÉRIO TALES CAMPOS LEITE	6923421
33- COTA	ANA LIVIA PONTES DE LIMA	06929899
34- AC	CLAUDINEY PEREIRA DA SILVA	6932064

1.3 S06 – ENFERMEIRO UTI ADULTO

ORDEM DE CONVOCAÇÃO	CANDIDATO	INSCRIÇÃO
---------------------	-----------	-----------

16- AC	IONÁRYA ARAÚJO DA CRUZ BELÉM	07201884
17- AC	MARISA RAQUEL LOPES NASCIMENTO	07242776
18- COTA	MARIA DO PERPÉTUO SOCORRO COSTA	07259168
19- AC	ADEMILSON TELES DO VALE JÚNIOR	07211309

1.4 S14 - PSICÓLOGO

ORDEM DE CONVOCAÇÃO	CANDIDATO	INSCRIÇÃO
11- AC	FRANCISCA REJANE RIOS DA SILVA	08019072
12-AC	EUDES OLIVEIRA DE ALENCAR	08026268

1.5 S02- BIOQUÍMICO

ORDEM DE CONVOCAÇÃO	CANDIDATO	INSCRIÇÃO
07- AC	FLAVIANE DE MELO RODRIGUES	06813134
08- COTA	MARCELO SIMÕES ROCHA	06816189

1.6 S15 – TERAPEUTA OCUPACIONAL

ORDEM DE CONVOCAÇÃO	CANDIDATO	INSCRIÇÃO
5- PCD	SUZANE ANDRÉA FRAZÃO FERRAZ	08133445

1.7 S09 - FISIOTERAPEUTA

ORDEM DE CONVOCAÇÃO	CANDIDATO	INSCRIÇÃO
---------------------	-----------	-----------

18- COTA	EDMARA NAYARA FERREIRA CUNHA	07518243
19-AC	DANIELLE MENEZES FERREIRA	07512220
20-AC	CARLOS MARCOS DA SILVA BARROS	07550177
21-AC	ALYSSON FURTADO ANDRADE	07532588
22-AC	CARLOS EDUARDO PEREIRA DE SOUZA	07545478
23- COTA	HELLEN BRUNA DIAS DOS SANTOS OLIVEIRA	07555781

1.8 S08 - FARMACÊUTICO

ORDEM DE CONVOCAÇÃO	CANDIDATO	INSCRIÇÃO
32- AC	MARCO AURÉLIO DRAGO DE AZEVEDO	07441421
33- AC	ANTONIO CARLOS NEVES DA SILVA JUNIOR	07403374
34- COTA	ROGÉRIA ALVES CARVALHO	07453840
35- AC	ROSANA MOTA SAMPAIO REGO	07434238
36-AC	DALETE JARDIM PADILHA	07402375
37-AC	LUZIA PIMENTA DE MELO DOMINICES	07414934
38-AC	LETÍCIA XIMENES FURTADO MARQUES	07423171

1.9 M01 - TÉCNICO DE ENFERMAGEM

ORDEM DE CONVOCAÇÃO	CANDIDATO	INSCRIÇÃO
344- AC	WALACY FERNANDES GOUVEIA DE BRITO	06521063

345- AC	KEILA RAQUEL DOS SANTOS FERREIRA	06505202
346- AC	FRANCYLENE CUNHA LEAL	06503045
347- AC	NATHALIA ALVES MONTEIRO DE SOUSA	06503363
348- COTA	FRANCISCA CLAUDIA SOARES DA SILVA	06513547
349- AC	MARIA DE NAZARE TEIXEIRA DE MEL	06538413
350- AC	THALITA BEZERRA DE VASCONCELOS	06518709
351- AC	LUSENIR LIMA DA SILVA	06539222
352- AC	AUZAIRES DE OLIVEIRA LOPES	06515747
353- COTA	PEDRO PEREIRA LUZ FILHO	06513853
354- AC	LINARD LINO GOMES	06547426
355- AC	THAIS ISABELA OLIVEIRA PEREIRA	06547863
356- AC	IRANA KELLY SILVA ARAUJO	06508604
357- AC	EDNALVA DA CONCEIÇÃO OLIVEIRA	06516108
358- COTA	THELMA CILENE DURANS DE JESUS	06533172
359- AC	MARIANA DE ABREU GOMES	06505409
360- AC	LUZIANE FARIAS LEITÃO	06524014
361- AC	CARLOS MAGNO LIMA GALVÃO	06528509
362- AC	FRANCISCA MARIA GONÇALVES	06544182
363- COTA	RAIMUNDO ERINEUTON DE SOUSA RODRIGUES	06530925
364- AC	CIDIANE RODRIGUES DE SOUSA ROCHA	06539651
365- AC	DOMINGAS BRITO BENICIO LIMA	06562238
366- AC	MARIA APARECIDA RABELO DE ARAUJO	06531878

367- AC	VANISE FRAZÃO RIBEIRO	06518852
368-COTA	BÁRBARA MARIA RODRIGUES DOS SANTOS	06505352
369- AC	ANGELA MARTA ANGELICA SILVA	06533359
370- AC	CIRLENE SANTOS DE AQUINO	06506665

2. Os candidatos convocados neste edital deverão comparecer junto ao setor de Recursos Humanos nos endereços abaixo até o dia **19 de junho de 2019, no horário das 09h às 11h e das 14h30 às 17h**, a fim de retirar a requisição dos exames médicos de hemograma completo, glicemia em jejum, VDRL e tipagem sanguínea.

2.1 Endereços de retirada das guias:

- **UPA de Timon:** Unidade de Pronto Atendimento – UPA Timon localizado na Rua São Sebastião, 864 - Formosa, Timon - MA, 65636-090. Identificar-se na recepção e procurar o setor de Recursos Humanos.
- **Hospital de Presidente Dutra** - Hospital Regional de Urgência e Emergência de Presidente Dutra, localizado na Rua Anorato Gomes s/n – Centro, Presidente Dutra/MA. Identificar-se na recepção e procurar o setor de Recursos Humanos.
- **Hospital Materno Infantil - Imperatriz** - Hospital Regional Materno Infantil Imperatriz, localizado na Rua Coriolando Milhomem Nº 42- Centro, Imperatriz/MA. Identificar-se na recepção e procurar o setor de Recursos Humanos.
- **Upa de Codó:** Unidade de Pronto Atendimento-UPA Codó, localizado na Rua Santa Rita, 217, Codó - MA, 65400-000. Identificar-se na recepção e procurar o setor de Recursos Humanos.
- **Sede da EMSE RH-** localizada na Av. Borborema, Qd 22, nº 02A Calhau, São Luís/MA; Identificar-se na recepção e procurar o setor de Recursos Humanos.

2.2 O resultado dos exames médicos e laboratoriais necessários para a admissão em cada cargo deverá ser entregue impresso no dia da apresentação dos documentos exigidos, conforme item 3.

2.3 Os exames médicos poderão ser realizados em unidades de saúde da Rede Pública. Caso o candidato convocado opte por realizar exames em outras instituições de saúde, os custos e prazos de entrega referentes aos mesmos serão de responsabilidade do candidato.

2.4 Os exames laboratoriais e complementares de todos os candidatos convocados serão avaliados pelo Médico do Trabalho do setor de Saúde e Segurança do Trabalho-EMSERH, conforme item 3 deste edital.

2.5 Os candidatos deverão apresentar a carteira de vacinação em dia, principalmente no tocante as vacinas **antitetânica, febre amarela e hepatite B**.

3. Os candidatos convocados descritos no item 1 deste edital, deverão comparecer na **Sede da EMSERH**- localizada na Av. Borborema, Qd 22, nº 02A Calhau, São Luís/MA, no **dia 27 de junho de 2019 das 8h30 às 11h30 e das 14h30 às 17h**, para entrega de documentação necessária, conforme listagem abaixo, e entrega dos exames.

- ✓ Original e cópia (pagina: da Foto; Cont. Sindical e Qualif. Civil)
- ✓ 01 (Uma) cópia do RG (Registro Geral)
- ✓ 01 (Uma) cópia do CPF (Cadastro Pessoal Física)
- ✓ Qualificação cadastral do eSocial: (ficha impressa com os dados corretos disponível no site: <http://portal.esocial.gov.br/institucional/consulta-qualificacao-cadastral>. Se houver inconsistência, fazer correções junto ao INSS, Receita Federal e Caixa Econômica Federal, conforme cada erro)
- ✓ 01 (Uma) cópia do Título de Eleitor e comprovante de quitação eleitoral
- ✓ 01 (Uma) cópia do Certificado de Reservista (somente para homens)
- ✓ 01 (Uma) cópia do comprovante de residência com CEP (atualizado)
- ✓ 01 (Uma) cópia do comprovante de conta corrente com número da agência e conta (preferencialmente no Banco do Brasil. Caso o candidato não possua, apresentar dados de outra Instituição Bancária)
- ✓ 01 (Uma) cópia do PIS ou Cartão do Cidadão
- ✓ 01 (Uma) cópia do Diploma ou Certificado de Conclusão do Ensino Fundamental, Médio, superior ou técnico (conforme escolaridade exigida para o cargo)
- ✓ 01 (Uma) cópia do Certificado de Conclusão da Especialização (conforme exigida para o cargo)
- ✓ 01 (Uma) cópia da Carteira do Conselho Regional (de acordo com o cargo a ser exercido)
- ✓ 01 (Uma) cópia do comprovante do pagamento da anuidade do Conselho Regional
- ✓ 01 (Uma) cópia do registro no CNES (Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde)
- ✓ 01 (Uma) cópia do cartão de vacinação

- ✓ 01 (Uma) cópia da Certidão de Nascimento ou Casamento
- ✓ 01 (Uma) cópia da Certidão de Nascimento dos filhos menores de 14 anos
- ✓ 01 (Uma) cópia da declaração de frequência escolar dos filhos (entre 07 e 14 anos)
- ✓ 01 (Uma) cópia do cartão de vacina dos filhos menores de 14 anos
- ✓ 01 (Uma) cópia do CPF dos dependentes
- ✓ Original do Atestado de Antecedentes Criminais (VIVA CIDADÃO)
- ✓ Certidão Negativa Estadual (Primeiro e Segundo Grau) disponível no site:
<http://www.tjma.jus.br>
- ✓ 02 (Duas) fotos 3x4 (recente)
- ✓ 01 (Um) Laudo Médico (para PCD - pessoa com deficiência).
- ✓ Cópia de comprovação de ser brasileiro nato, naturalizado ou cidadão português que tenha adquirido a igualdade de direitos e obrigações civis e gozo dos direitos políticos (decreto n.º 70.436, de 18/04/72, Constituição Federal, § 1º do Art. 12 de 05/10/1988 e Emenda Constitucional nº 19 de 04/06/98, Art. 3º);
- ✓ Entrega da declaração preenchido de não ter sofrido, no exercício de função pública, penalidade incompatível com a contratação em emprego público;
- ✓ Entrega de formulário de não ocupação de cargo ou emprego na administração direta ou indireta da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, nem ser empregado ou servidor de suas subsidiárias e controladas, salvo os casos de acumulação expressas em lei;

3.1 A lista de documentação também está disponível no site www.emserh.ma.gov.br e a apresentação da documentação poderá ser efetuada por procuração registrada em cartório.

3.2 Os formulários e declarações exigidos para contratação (conforme anexo I, II, III, IV e V) deverão ser entregues impressos e preenchidos juntamente com a documentação listada no item 3 deste edital.

- 4. É obrigatório o cumprimento das datas informadas neste edital e seus respectivos anexos. O não comparecimento na data e local informados implicará na desistência do candidato convocado, podendo a EMSERH convocar imediatamente outro candidato, obedecendo à ordem de classificação.**

Fica homologado o presente EDITAL DE CONVOCAÇÃO.

São Luís - MA, 13 de junho de 2019.

RODRIGO LOPES SILVA
Presidente da EMSERH

ANEXO I

FICHA CADASTRAL			
NOME:			
FONES:		EMAIL:	
ENDEREÇO:			
BAIRRO:	CIDADE:	CEP:	
ESTADO CIVIL:			
PAI:			
MÃE:			
DATA NASCIMENTO:	CIDADE:	UF:	
INFORMAÇÕES FOLHA			
CARGO:		SALÁRIO BASE:	
INFORMAÇÕES BANCÁRIAS			
BANCO:		AGÊNCIA:	
NOME DA AGÊNCIA:		Nº DA CONTA:	
TIPO DA CONTA: () CORRENTE () SALÁRIO () POUPANÇA () CAIXA AQUI			
DOCUMENTOS			
CPF:	RG:	ÓRGÃO:	EXPEDIÇÃO:
CTPS:	SÉRIE:	UF:	DATA EXPEDIÇÃO:
TÍTULO ELEITORAL:		ZONA:	SESSÃO:
PIS/PASEP:	DATA EXPEDIÇÃO:	TIPO: () PIS () PASEP	
CARTEIRA HABILITAÇÃO:	DATA EXPEDIÇÃO:	CATEGORIA:	
CERTIFICADO DE RESERVISTA:	SÉRIE:	CATEGORIA:	
REG. ÓRGÃO DE CLASSE:		ÓRGÃO:	
DATA EXPEDIÇÃO:	DATA VALIDADE:		
OUTRAS INFORMAÇÕES			
OPTA PELO VALE TRANSPORTE: () SIM () NÃO		POSSUI CARTÃO VT: () SIM () NÃO	
OPTA PELO DESCONTO DA CONTRIBUIÇÃO SINDICAL: () SIM () NÃO			
POSSUI DEPENDENTES: () SIM () NÃO		QUANTIDADE:	

_____, _____ de _____ de _____

Assinatura

ANEXO II

DECLARAÇÃO NÃO ACUMULAÇÃO DE CARGO

Eu, _____,
CPF _____, abaixo assinado, residente
à _____, na cidade
de _____, Estado _____, candidato (a) ao preenchimento do cargo de
_____ na EMSERH – Empresa Maranhense de Serviços
Hospitalares, DECLARO sob pena de responsabilidade e eliminação do Concurso Público para
EMSERH as informações abaixo:

1. Possui outro(s) vínculo(s) empregatício(s)?

() Sim () Não

2. Em caso afirmativo, favor indique a quantidade de vínculos empregatícios que você possui:

São Luís, _____ de _____ de _____.

Assinatura do Declarante

ANEXO III

DECLARAÇÃO DE NÃO PARENTESCO

Eu, _____,
CPF _____, abaixo assinado, residente
à _____, na cidade de
_____, Estado _____, candidato (a) ao preenchimento do cargo de
_____ na EMSERH – Empresa Maranhense de Serviços Hospitalares,

DECLARO para os devidos fins que:

a) Não possuo parentesco até o 3º grau civil (afim ou consanguíneo) com o Presidente, os membros efetivos e suplentes do Conselho Administrativo e Fiscal da EMSERH, bem como com nenhum colaborador da EMSERH Sede.

b) Os parentes até o 3º grau civil (afim ou consanguíneo) são os seguintes: Parentesco Consanguíneo ou decorrente de adoção: pai, mãe, avô (ó), bisavô (ó), filho (a), neto (a), bisneto (a), irmão (a), tio (a), sobrinho (a). Parentesco por Afinidade (Casamento ou União Estável) ou decorrente de Adoção, inclusive em relação aos parentes do (a) cônjuge ou companheiro (a): cônjuge ou companheiro (a), padrasto/madrasta, pai/mãe do (a) padrasto/madrasta, avô (ó) do (a) padrasto/madrasta, sogro/sogra (pai/mãe do (a) cônjuge ou companheiro (a)), avô (ó) do (a) cônjuge ou companheiro (a), bisavô (ó) do (a) cônjuge ou companheiro (a), bisavô (ó) do (a) cônjuge ou companheiro (a), nora/genro, cônjuge ou companheira (o) do (a) neto (a), cônjuge ou companheira (o) do (a) bisneto (a), enteado (a), filho (a) do (a) enteado (a), neto (a) do (a) enteado (a), cunhado (a), (irmão (ã) do (a) cônjuge ou companheiro (a)).

A hipótese de não representar a realidade do que acima declaro, valerá como confissão de erro substancial à minha pessoa, considerando-me, portanto, como incluso no artigo 299 do Código Penal (declaração falsa ou diversa do que deverá ser escrita, com o fim de criar obrigações) assim como o disposto na Instrução Normativa STC Nº 001 de 05 de Janeiro de 2015, e, por fim, valerá ainda a presente como motivo de dispensa por justa causa para rescisão do meu contrato de trabalho.

São Luís, _____ de _____ de _____

ANEXO IV

DECLARAÇÃO DE NÃO PENALIDADE

Eu, _____

,

portador (a) do RG nº _____, inscrito (a) no CPF sob o nº

_____, DECLARO para o fim específico de ingresso no

serviço

público da EMSERH (Empresa Maranhense de Serviços Hospitalares), que não sofri no

exercício de função público, penalidade incompatível com nova investidura no cargo de

_____.

Por ser expressão da verdade, firmo a presente DECLARAÇÃO.

São Luís/MA, _____ de _____ de _____.

DECLARANTE

ANEXO V

DECLARAÇÃO DE BENS E VALORES

Nome:	Cargo:
RG:	CPF:

1. DE BENS

Para fins de posse em cargo público na EMSERH (Empresa Maranhense de Serviços Hospitalares) declaro:

- Não possuo bens e valores a declarar;
- Possuo os bens e valores relacionado(s) abaixo;
- Possuo bens e/ou valores, conforme Declaração em anexo.

Discriminação*	Valor R\$	Quitado
		<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
		<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
		<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
		<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
		<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não

*Informar bens imóveis e veículos.

2. DE INSCRIÇÃO NO PIS/PASEP

- Inscrição nº. _____ PIS PASEP
- Não possuo inscrição no PIS/PASEP.

DECLARANTE