

**CONCURSO PÚBLICO 001/2017-EMSERH- EDITAL DE CONVOCAÇÃO DE
CANDIDATOS Nº 037/2021**

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 S03 - ENFERMEIRO

ORDEM DE CONVOCAÇÃO	CANDIDATO	INSCRIÇÃO	LOCAL DE LOTAÇÃO
87 – AC	RENILDA DE LIMA DA SILVA SOUSA	06962575	HOSPITAL REGIONAL DE LAGO DA PEDRA
88 – AC	ANA GABRIELLA SILVA DE ARAUJO	06915104	HOSPITAL REGIONAL DE LAGO DA PEDRA
89 – AC	WELLYSSON ANDRADE BARBOSA	06923982	HOSPITAL REGIONAL DE LAGO DA PEDRA
90 – COTA	JULIANA REIS CANAVIEIRA	06919345	HOSPITAL REGIONAL DE LAGO DA PEDRA
91 – AC	JOALDA DA COSTA RODRIGUES	06920744	HOSPITAL REGIONAL DE LAGO DA PEDRA
92 – AC	MÁRCIA COELHO COUTINHO	06962339	HOSPITAL REGIONAL DE SANTA LUZIA DO PARUÁ
93 – AC	RAFAEL DE ALMEIDA MOURÃO	06910059	HOSPITAL REGIONAL DE SANTA LUZIA DO PARUÁ
94 – AC	LUCIENE ROCHA GARCIA CASTRO	06912063	HOSPITAL REGIONAL DE SANTA LUZIA DO PARUÁ
95 – COTA	VANESSA ALINE NEPONUSENO LINHARES	06909099	HOSPITAL REGIONAL DE SANTA LUZIA DO PARUÁ
96 – AC	JACICLÉIA DE ARAÚJO PEREIRA	06924145	HOSPITAL REGIONAL DE SANTA LUZIA DO PARUÁ
97 – AC	ROMANE CRISTINE DE SOUSA RODRIGUES	06921049	HOSPITAL REGIONAL DE SANTA LUZIA DO PARUÁ
98 – AC	JOÃO ANTONIO COSTA DA CUNHA	06917164	HOSPITAL REGIONAL DE SANTA LUZIA DO PARUÁ
99 – AC	ACLÊNIA MARIA NASCIMENTO RIBEIRO	06927432	HOSPITAL REGIONAL DE SANTA LUZIA DO PARUÁ
100 – COTA	BRUNA VALÉRIA PEIXOTO DA SILVA	06922447	HOSPITAL REGIONAL DE SANTA LUZIA DO PARUÁ

101 – AC	MARILIA RUFINO MARIANO	06901184	HOSPITAL REGIONAL DE SANTA LUZIA DO PARUÁ
102 – AC	DIOGO MARTINS AVELINO	06912427	HOSPITAL REGIONAL DE SANTA LUZIA DO PARUÁ
103 – AC	TAMIRES JORDANA GOMES SANTOS	06918670	HOSPITAL REGIONAL DE SANTA LUZIA DO PARUÁ

1.2 M01TÉCNICO EM ENFERMAGEM

ORDEM DE CONVOCAÇÃO	CANDIDATO	INSCRIÇÃO	LOCAL DE LOTAÇÃO
600 – AC	CLAUDIANE CASSIA DE SOUSA FONSECA	06502853	HOSPITAL REGIONAL DE LAGO DA PEDRA
601 – AC	JOAQUIM JOSÉ DA SILVA NETO	06520803	HOSPITAL REGIONAL DE LAGO DA PEDRA
602 – AC	LUCIENE CARNEIRO	06525450	HOSPITAL REGIONAL DE LAGO DA PEDRA
603 – COTA	VITOR ALVES DOS SANTOS	06525707	HOSPITAL REGIONAL DE LAGO DA PEDRA
604 – AC	CRISTIANE RODRIGUES PINHEIRO	06552743	HOSPITAL REGIONAL DE LAGO DA PEDRA
605 – AC	JOSIANE CARVALHO BILIO DE SOUSA	06550322	HOSPITAL REGIONAL DE LAGO DA PEDRA
606 – AC	FRANCISCA DAS CHAGAS MATOS LIMA	06553294	HOSPITAL REGIONAL DE LAGO DA PEDRA
607 – AC	ANTONIA CARNEIRO MATOS	06526156	HOSPITAL REGIONAL DE LAGO DA PEDRA
608 – COTA	DEUZINETE MARIA DA SILVA SOUZA	06522228	HOSPITAL REGIONAL DE LAGO DA PEDRA
609 – AC	VILMARA DE NAZARÉ FERREIRA	06507657	HOSPITAL REGIONAL DE LAGO DA PEDRA
610 – AC	VILMA BEZERRA DA CUNHA MARIANO	06514294	HOSPITAL REGIONAL DE SANTA LUZIA DO PARUÁ
611 – AC	JOICYANE MATOS DE MIRANDA	06551380	HOSPITAL REGIONAL DE SANTA LUZIA DO PARUÁ
612 – AC	CLAUDIA FERNANDA DIPAULA PASSOS DE SOUSA	06528283	HOSPITAL REGIONAL DE SANTA LUZIA DO PARUÁ
613 – COTA	NEILZE CRUZ CANTANHEDE	06516150	HOSPITAL REGIONAL DE SANTA LUZIA DO PARUÁ
614 – AC	MARIA BENEDITA FERREIRA SOUSA	06519170	HOSPITAL REGIONAL DE SANTA LUZIA DO PARUÁ
615 – AC	FABIO NASCIMENTO DE ARAUJO	06561276	HOSPITAL REGIONAL DE SANTA LUZIA DO PARUÁ

616 – AC	ROSELÂNDIA SALES DE FREITAS AGUIAR OLIVEIRA	06558019	HOSPITAL REGIONAL DE SANTA LUZIA DO PARUÁ
617 – AC	ANTONIA WANIEK SOUSA E SILVA	06500758	HOSPITAL REGIONAL DE SANTA LUZIA DO PARUÁ
618 – COTA	JESSIKA CRISTINA NOGUEIRA CAMPOS	06500060	HOSPITAL REGIONAL DE SANTA LUZIA DO PARUÁ
619 – AC	JOSILENE VIEIRA RODRIGUES	06512588	HOSPITAL REGIONAL DE SANTA LUZIA DO PARUÁ
620 – AC	AURIDEIA MELO DE OLIVEIRA	06514392	HOSPITAL REGIONAL DE SANTA LUZIA DO PARUÁ
621 – AC	MARIA DAS GRAÇAS FERREIRAS DE SOUSA	06513189	HOSPITAL REGIONAL DE SANTA LUZIA DO PARUÁ
622 – AC	JOANICE CORREA LIMA	06533282	HOSPITAL REGIONAL DE SANTA LUZIA DO PARUÁ
623 – COTA	LILIANE FEITOSA REIS	06504742	HOSPITAL REGIONAL DE SANTA LUZIA DO PARUÁ
624 – AC	MARIA DE JESUS SANTOS DE OLIVEIRA	06525943	HOSPITAL REGIONAL DE SANTA LUZIA DO PARUÁ
625 – AC	NIVIA CRISTINA DE FREITAS SILVA FERREIRA	06533901	HOSPITAL REGIONAL DE SANTA LUZIA DO PARUÁ
626 – AC	MARINA DOS SANTOS RIBEIRO	06501876	HOSPITAL REGIONAL DE SANTA LUZIA DO PARUÁ
627 – AC	DANIELE SILVA MACHADO	06530983	HOSPITAL REGIONAL DE SANTA LUZIA DO PARUÁ
628 – COTA	RODRIGO EMANUEL DA SILVA PAIXÃO	06525457	HOSPITAL REGIONAL DE SANTA LUZIA DO PARUÁ
629 – AC	LUCIANA MELÔNIO MARINHO	06537193	HOSPITAL REGIONAL DE SANTA LUZIA DO PARUÁ
630 – AC	MAYANA TAMIRES RIBEIRO	06509853	HOSPITAL REGIONAL DE SANTA LUZIA DO PARUÁ
631 – AC	VANUZIA EVANGELISTA DE JESUS GOMES	06534392	HOSPITAL REGIONAL DE SANTA LUZIA DO PARUÁ
632 – AC	FRANCINEDE GONÇALVES DE SOUSA	06526606	UNIDADE SOLAR DO OUTONO
633 – COTA	YASMIN PITALGO BORGES SILVA	06506794	UNIDADE SOLAR DO OUTONO
634 – AC	LICIANA SANTOS MATOS RIBEIRO	06520381	UNIDADE SOLAR DO OUTONO
635 – AC	JOSEVAN SILVA DE SOUSA	06532324	UNIDADE SOLAR DO OUTONO
636 – AC	RAIMUNDA NONATA SALAZAR ALMEIDA	06538822	UNIDADE SOLAR DO OUTONO

1.3 S06 – ENFERMEIRO UTI ADULTO

ORDEM DE CONVOCAÇÃO	CANDIDATO	INSCRIÇÃO	LOCAL DE LOTAÇÃO
16 – AC	MARISA RAQUEL LOPES NASCIMENTO	07242776	HOSPITAL REGIONAL DE SANTA LUZIA DO PARUÁ
17 – AC	ADEMILSON TELES DO VALE JÚNIOR	7211309	HOSPITAL REGIONAL DE SANTA LUZIA DO PARUÁ

1.4 S11 - FONOAUDIOLOGO

ORDEM DE CONVOCAÇÃO	CANDIDATO	INSCRIÇÃO	LOCAL DE LOTAÇÃO
17 – AC	DANIELLE SILVA E SILVA	07703404	HOSPITAL AQUILES LISBOA
18 – COTA	LILIANE SILVA PEREIRA	07722968	HOSPITAL REGIONAL DE SANTA LUZIA DO PARUÁ

1.5 S09 – FISIOTERAPEUTA

ORDEM DE CONVOCAÇÃO	CANDIDATO	INSCRIÇÃO	LOCAL DE LOTAÇÃO
46 – AC	ANA EFIGÊNIA FIRMINO LUCENA	7516381	HOSPITAL REGIONAL DE SANTA LUZIA DO PARUÁ
47 – AC	FRANCISCO LOPES BARROS	07539779	HOSPITAL REGIONAL DE SANTA LUZIA DO PARUÁ

1.6 S8 - FARMACÊUTICO

ORDEM DE CONVOCAÇÃO	CANDIDATO	INSCRIÇÃO	LOCAL DE LOTAÇÃO
88 – COTA	DOMINGOS MOREIRA ROCHA	07429206	FEME

2. Os candidatos convocados neste edital deverão comparecer junto ao setor de Recursos Humanos nos endereços abaixo **nos dias 04 e 05 de fevereiro de 2021, 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, tipagem sanguínea, VDRL, HBsAg, Anti HBs e Anti HCV.

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 EMSERH-** 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 15 de fevereiro de 2021 das 14:00h às 16:00h**, para entrega de documentação necessária, conforme listagem abaixo e entrega dos exames.

- ✓ Original e cópia da CTPS (pagina: da Foto 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 preenchida 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 expressamente permitida pela legislação vigente;

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, 03 de fevereiro de 2021.

MARCOS ANTONIO DA SILVA GRANDE
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 _____

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