EMSERH
Empresa Maranhense de Serviços Hospitalares

CONCURSO PÚBLICO 001/2017-EMSERH- EDITAL DE CONVOCAÇÃO DE CANDIDATOS Nº 085/2023

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, (Sub Judice),** 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:**

1.1 S17 – MÉDICO – CLÍNICA MÉDICA

ORDEM DE CONVOCAÇÃO	CANDIDATO	INSCRIÇÃO	LOCAL DE LOTAÇÃO
35 – AC	TAMIRES VERENA RIBEIRO DOS SANTOS	5500134	UPA CIDADE OPERARIA
36 – AC	ANANDA KARINE PONTES SANTOS	05500485	UPA CIDADE OPERARIA
37 – AC	MARINA DE AGUIAR BATISTA	05500432	UPA CIDADE OPERARIA
38 – AC	TAMARA MACHADO MAIA	05500093	UPA CIDADE OPERARIA
39 – AC	MARIA CLARA RODRIGUES LIMA MEDEIROS	05500682	UPA CIDADE OPERARIA
40 – AC	MARÍLIA URSULINO BARBOSA	05500365	UPA CIDADE OPERARIA
41 – AC	VANIA COSTA LEITE	05500863	UPA CIDADE OPERARIA
42 – AC	MARIA LUIZA DA SILVA SÁ	05500335	UPA CIDADE OPERARIA
43 – AC	CIANE FERREIRA DE ARAUJO COELHO	05500736	UPA CIDADE OPERARIA
44 – AC	DANIELLE PEREIRA BARROS	05500706	UPA CIDADE OPERARIA
45 – AC	LARISSA CRUZ DE MACEDO COELHO GALVAO	05500824	UPA CIDADE OPERARIA
46 – AC	ANA ELIZA BASTIANE VIEIRA	05500026	UPA CIDADE OPERARIA

47 – AC	ISABELA DIAS GONÇALVES	05500743	UPA CIDADE OPERARIA
48 – AC	ZEYLE FERNANDES ARRAES SEGUNDA	05500153	UPA CIDADE OPERARIA
49 – AC	VALDIVINO ROCHA SILVA	05500157	UPA CIDADE OPERARIA
50 – AC	CICERA DOS SANTOS MOURA	05500516	UPA CIDADE OPERARIA
51 – AC	GERLANE ARAÚJO MOURA LUZ	05500121	UPA CIDADE OPERARIA
52 – AC	EMANUELLE ALMEIDA DOS SANTOS	05500445	UPA CIDADE OPERARIA

1.2 – S21 – MÉDICO PEDIATRA

ORDEM DE CONVOCAÇÃO	CANDIDATO	INSCRIÇÃO	LOCAL DE LOTAÇÃO
25 – AC	LUANA SILVA CALDAS DOS SANTOS	5900770	UPA CIDADE OPERARIA
26 – AC	LANNE NATASHE DINIZ DE SOUSA MONTEIRO	05900612	UPA CIDADE OPERARIA
27 – AC	MARILIA CORREIA BACELAR	05900379	UPA CIDADE OPERARIA
28 – COTA	EVALDO BARBOSA SOUSA	05900830	UPA CIDADE OPERARIA
29 – AC	PAULA CAROLINE HENRIQUE SANTANA COSTA	05900716	UPA CIDADE OPERARIA
30 – AC	NÁGYLLA MARIA DE OLIVEIRA COSTA	05900503	UPA CIDADE OPERARIA
31 – AC	BRUNA GOMES SILVA DE LIMA	05900110	UPA CIDADE OPERARIA
32 -AC	TAMIRIS DE MIRANDA TEIXEIRA	05900259	UPA CIDADE OPERARIA
33 – AC	TELMA GALDINA DOS SANTOS DE MELO	05900724	UPA CIDADE OPERARIA
34 – AC	ROBERTA DE SOUSA WERNZ CANCIAN MOCHEL	05900191	UPA CIDADE OPERARIA

1.3 – S16 – MÉDICO CARDIOLOGIA

ORDEM DE CONVOCAÇÃO	CANDIDATO	INSCRIÇÃO	LOCAL DE LOTAÇÃO
20 – AC	MAYARA CHIQUITO MENDES	05400772	UPA CIDADE OPERARIA
21 – AC	MARCUS VINICIUS DE SOUZA PORTELA LEAL	05400497	UPA CIDADE OPERARIA

2. Os candidatos convocados neste edital deverão comparecer junto ao setor de Recursos Humanos nos endereços abaixo, **nos dias 30 ou 31 de maio de 2023, 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 Segue abaixo endereços de retirada das guias:

- **Macrorregional de Caxias**: Hospital Macrorregional de Caxias, localizado na BR 316, S/N – Nova Caxias, Caxias - MA, 65606-815. 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, 65760-00. Identificar-se na recepção e procurar o setor de Recursos Humanos.
- **Maternidade Alto Risco de Imperatriz - Imperatriz** - localizado na Rua Coriolando Milhomem Nº 42- Centro, Imperatriz/MA, 65900-330. Identificar-se na recepção e procurar o setor de Recursos Humanos.
- **Sede da EMSERH, Anexo II**- localizada na Av. Borborema, nº 440 Calhau, São Luís/MA; Identificar-se na recepção e procurar o setor de Saúde Ocupacional.

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 a estes 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, Anexo II**- localizada na Av. Borborema, nº 440 Calhau, São Luís/MA, no **dia 06 de junho de 2023 das 14:00h às 15:30h**, para entrega de documentação necessária, conforme listagem abaixo e entrega dos exames para realização do Aso Admissional.

- ☐ 01 (Uma) Cópia da CTPS Digital
- ✓ 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 (no Banco do Brasil- obrigatoriamente)
- ✓ 01 (Uma) cópia do PIS ou Cartão do Cidadão
- ✓ 01 (Uma) cópia do Diploma ou Certificado de Conclusão do Curso de Medicina
- ✓ 01 (Uma) cópia do Certificado de Conclusão da Especialização (conforme exigida para o cargo)
- ✓ 01 (Uma) cópia da Carteira do Conselho Regional de Medicina
- ✓ 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 atualizado
- ✓ 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), identificada no verso
- ✓ 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 pública 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, mas a realização do aso admissional precisa ser feita pelo próprio candidato convocado.

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, 30 de maio de 2023.

MARCELLO APOLONIO DUAILIBE BARROS
Presidente da EMSERH

EMSERH

Empresa Maranhense de Serviços Hospitalares

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 _____

_____

EMSERH
Empresa Maranhense de Serviços Hospitalares

ANEXO II

DECLARAÇÃO NÃO ACUMULAÇÃO DE CARGO, EMPREGO OU FUNÇÃO PÚBLICA

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. Exerce outro(s) vínculo(s) empregatício(s)? Se caso afirmativo, quais?
   ( ) Sim ( ) Não
2. Em caso afirmativo, favor indique a quantidade de vínculos empregatícios que você possui:
   _____
   _____
   _____
   _____

São Luís, _____ de _____ de _____.

_____
Assinatura do Declarante

EMSERH
Empresa Maranhense de Serviços Hospitalares

ANEXO III

DECLARAÇÃO DE NÃO PARENTESCO

DECLARAÇÃO DE CIÊNCIA DE VEDAÇÃO AO NEPOTISMO

DADOS DO COLABORADOR INDICADO PARA NOMEAÇÃO/DESIGNAÇÃO DE CARGO OU FUNÇÃO:	
Nome:	**CPF:**
Cargo/Função a ser ocupado:	

Observando os termos do Decreto Lei n° 7.203/2010, que dispõe sobre a vedação do nepotismo no âmbito da Administração Pública Federal e sua corrente aplicação a todos os entes; a súmula vinculante n° 13 do Supremo Tribunal Federal (STF); e por analogia ao Decreto n° 10.571/2020 que dispõe sobre a apresentação e a análise das declarações de bens e de situações que possam gerar conflito de interesse por agentes públicos civis da administração pública federal e posicionamentos do Conselho Nacional de Justiça (CNJ), **declaro que da minha contratação não decorrerá a prática de nepotismo.**

Declaro, ainda, quanto à existência de vínculos matrimonial, de companheirismo ou de parentesco consanguíneo ou afim, em linha reta ou colateral, até o terceiro grau, com ocupantes de cargos com projeção funcional da autoridade de referência, o seguinte:

( ) Não possuo nenhum vínculo.

( ) Possuo vínculo com:

DADOS DO COLABORADOR COM QUEM POSSUI VÍNCUL FAMILIAR		
Nome	Grau de Parentesco	Órgão/Cargo Ocupado

São Luís, _____ de _____de _____.

_____

Assinatura do Colaborador

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

EMSERH
Empresa Maranhense de Serviços Hospitalares

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
		( ) sim ( ) não
		( ) sim ( ) não
		( ) sim ( ) não
		( ) sim ( ) não
		( ) sim ( ) não

*Informar bens imóveis e veículos.

2. DE INSCRIÇÃO NO PIS/PASEP

( ) Inscrição nº._____ ( ) PIS ( ) PASEP

( ) Não possuo inscrição no PIS/PASEP.

_____

DECLARANTE