

SELETIVO SIMPLIFICADO Nº17/2021 EMSERH- EDITAL DE CONVOCAÇÃO DE CANDIDATOS Nº 002/2022

O Presidente da Empresa Maranhense de Serviços Hospitalares – EMSERH, no uso de suas atribuições legais, torna pública a convocação dos aprovados no Seletivo Simplificado nº17/2021 para preenchimento de vagas no Hospital Regional de Barra do Corda administrado pela Empresa Maranhense de Serviços Hospitalares para atuação na respectiva unidade, conforme a seguir:

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

1.1 – ENFERMEIRO

ORDEM DE CONVOCAÇÃO	CANDIDATO	LOTAÇÃO
18 - COTA	DEBORA MIRANDA RODRIGUES DA SILVA	HOSPITAL REGIONAL DE BARRA DO CORDA
19 – AC	FRANCISCA PRISCYLLA DO NASCIMENTO CRUZ SANTOS	HOSPITAL REGIONAL DE BARRA DO CORDA
20 – AC	SILVIA FERREIRA COSTA	HOSPITAL REGIONAL DE BARRA DO CORDA
21 - AC	JULIANA GOMES VIANA CARVALHO	HOSPITAL REGIONAL DE BARRA DO CORDA
22 - AC	JOSEMAYRA COIMBRA SANTOS	HOSPITAL REGIONAL DE BARRA DO CORDA

1.2 – TÉCNICO EM ENFERMAGEM

ORDEM DE CONVOCAÇÃO	CANDIDATO	DATA E HORÁRIO
42 –AC	MARIA ALDECI BRASIL LIMA	HOSPITAL REGIONAL DE BARRA DO CORDA
43 –AC	ODALIA BATISTA CARNEIRO	HOSPITAL REGIONAL DE BARRA DO CORDA
44 –AC	MARIA ZILNETE NASCIMENTO SOUSA	HOSPITAL REGIONAL DE BARRA DO CORDA
45 –AC	SILVANA PINTO VIEIRA	HOSPITAL REGIONAL DE BARRA DO CORDA
46 –AC	NILVANIA FRANCO LUCENA	HOSPITAL REGIONAL DE BARRA DO CORDA
47 –AC	TELMA SOUSA MIRANDA	HOSPITAL REGIONAL DE BARRA DO CORDA
48 –AC	MARIA DE JESUS LIMA DE SOUSA	HOSPITAL REGIONAL DE BARRA DO CORDA
49 –AC	SOLANGE ALVES DA SILVA	HOSPITAL REGIONAL DE BARRA DO CORDA
50 –AC	RAIKA MORAES	HOSPITAL REGIONAL DE BARRA DO CORDA

51 –AC	RONARIA MIRANDA NASCIMENTO	HOSPITAL REGIONAL DE BARRA DO CORDA
52 –AC	SANDRA VIEIRA DE SOUSA	HOSPITAL REGIONAL DE BARRA DO CORDA
53 –AC	ROSEANE MILHOMEM RODRIGUES	HOSPITAL REGIONAL DE BARRA DO CORDA
54 –AC	ELISANGELA REIS SOARES SILVA	HOSPITAL REGIONAL DE BARRA DO CORDA
55 –AC	HILDENICIA MOABI PEREIRA PINTO	HOSPITAL REGIONAL DE BARRA DO CORDA
56 –AC	NARIANE MORAIS DO NASCIMENTO SILVA	HOSPITAL REGIONAL DE BARRA DO CORDA

2. Os candidatos convocados descritos no item 1 deste edital, deverão comparecer no **RH da unidade de lotação** - localizado na Rua Projetada, S/N – COHAB - Barra do Corda/MA., no **dia 15 de fevereiro de 2022 das 14:00h às 17:00h**, para entrega de documentação necessária, conforme listagem abaixo:

- ✓ Ficha de Identificação Devidamente Preenchida;
- ✓ ASO - Atestado de Saúde Ocupacional (Realizado na EMSERH);
- ✓ Declaração de Vale-Transporte Devidamente Preenchida;
- ✓ Declaração de Não Acumulação de Cargos;
- ✓ 01 (Uma) Cópia da Tela dos Dados da Carteira de Trabalho Digital;
- ✓ 01 (Uma) Cópia da CTPS (Pagina: da Foto e Qualif. Civil);

- ✓ Qualificação cadastral do E-Social: (ficha impressa com os dados corretos disponível no site: **<http://consultacadastral.inss.gov.br/Esocial/pages/index.xhtml>**
Se houver inconsistência, fazer correções junto ao INSS, Receita Federal e Caixa Econômica Federal, conforme cada erro);

- ✓ 01 (Uma) cópia do RG (Registro Geral - **Obrigatório**);
- ✓ 01 (Uma) cópia do CPF (Cadastro Pessoal Física);
- ✓ 01 (Uma) cópia do Título de Eleitor;
- ✓ 01 (uma) cópia da Certidão de Quitação Eleitoral (via internet);
- ✓ 01 (Uma) cópia do Certificado de Reservista (**somente para homens**);
- ✓ 01 (Uma) cópia do Comprovante de Residência atualizado com CEP
- ✓ 01 (Uma) cópia do Comprovante de Conta Corrente com Número da Agência e Conta no **Banco do Brasil**;
- ✓ 01 (Uma) cópia do PIS ou Cartão do Cidadão;
- ✓ 01 (Uma) cópia da CNH (carteira Nacional de Habilitação (Para o cargo de motorista);
- ✓ 01 (Uma) cópia do Diploma ou Certificado;
- ✓ 01 (uma) cópia do Certificado de Especialização;
- ✓ 01 (Uma) cópia da Carteira do Conselho em validade;
- ✓ 01 (Uma) cópia do comprovante do pagamento da anuidade do Conselho Regional;
- ✓ 01 (Uma) cópia do cartão de vacinação atualizado (Febre Amarela e Tétano);

- ✓ 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 do cartão de vacina dos filhos menores de 14 anos;
 - ✓ 01 (Uma) cópia do CPF dos dependentes filhos e/ou Cônjuge;
 - ✓ 01 (Uma) cópia da declaração de frequência escolar dos filhos (entre 07 e 14 anos);
 - ✓ Certidão Negativa Estadual (Primeiro e segundo Grau) disponível no site:
<http://www.tjma.jus.br>
 - ✓ 01 (Uma) Fotos 3x4 (RECENTE);
 - ✓ 01 (Um) Laudo Médico (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 n.º 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;
- 1.1** 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.
- 1.2** Os formulários e declarações exigidos para contratação (conforme anexo I, II, III, IV, V e V) deverão ser entregues impressos e preenchidos juntamente com a documentação listada no item 3 deste edital.
- 2. 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, 11 de Fevereiro de 2022.

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

ANEXO VI

CHECK-LIST CADASTRO CNES

- ✓ Ficha de 20 - Cadastro CNES
- ✓ Ficha de 21 - Cadastro CNES
- ✓ 01 (Uma) cópia do RG (Registro Geral - **Obrigatório**);
- ✓ 01 (Uma) cópia do CPF (Cadastro Pessoal Física);
- ✓ 01 (Uma) cópia do Comprovante de Residência atualizado com CEP
- ✓ 01 (Uma) cópia do Diploma ou Certificado;
- ✓ 01 (uma) cópia do Certificado de Especialização (se médico especialista apresentar RQE)
- ✓ 01 (Uma) cópia da Carteira do Conselho em validade;
- ✓ 01 (Uma) cópia do comprovante do pagamento da anuidade do Conselho Regional do último/actual exercício;

1 - DADOS OPERACIONAIS

2 - IDENTIFICAÇÃO

INCLUSÃO

ALTERAÇÃO

EXCLUSÃO

2.1 - CNES

2.8 - Nome Fantasia do Estabelecimento

34 - DADOS DO PROFISSIONAL

CADASTRAMENTO

SUS

NÃO SUS

34.1 - Dados de Identificação

34.1.1 - Nome do Profissional

34.1.2 - PIS/PASEP

34.1.3 - CPF

34.1.4 - Número CNS

34.1.5 - Sexo

M

F

34.1.6 - Data de Atribuição do CNS

34.1.7 - Nome da Mãe

34.1.8 - Nome do Pai

34.1.9 - Data do Nascimento do Profissional

34.1.10 - Município de Nascimento

34.1.11 - Código IBGE do Município

34.1.12 - UF

34.1.13 - Raça/Cor

34.1.14 - Certidão/Tipo

34.1.15 - Nome do Cartório

34.1.16 - Livro

34.1.17 - Fls

34.1.18 - Termo

34.1.19 - Data de Emissão

34.1.20 - N° Identidade

34.1.21 - UF

34.1.22 - Órgão Emissor

34.1.23 - Data de Emissão

34.1.24 - Nacionalidade

Brasileiro
 Estrangeiro

34.1.25 - País de origem (nascimento)

34.1.26 - Data de Entrada

34.1.27 - Data de Naturalização

34.1.28 - N° da Portaria

34.1.29 - N° Título de Eleitor

34.1.30 - Zona

34.1.31 - Seção

34.1.31 - CTPS Número

34.1.32 - Série

34.1.33 - UF

34.1.34 - Data de Emissão

34.1.35 - Escolaridade *

34.1.36 - Sit. Familiar/Conjugal

34.1.37 - E-mail

34.1.38 - Frequenta Escola?

Sim Não

34.2 - Dados Residenciais

34.2.1 - Tipo Logradouro

34.2.2 - Logradouro

34.2.3 - Número

34.2.4 - Complemento

34.2.5 - Bairro/Distrito

34.2.6 - Município de Residência

34.2.7 - Código IBGE do Município

34.2.8 - UF

34.2.9 - CEP *

34.2.10 - Telefone

34.3 - Dados Bancários

34.3.1 - Banco

34.3.2 - Agência

34.3.3 - Conta Corrente

Código

Nome

Código

Nome

Assinatura e Carimbo do Diretor da Unidade

Data

Assinatura e Carimbo do Gestor Municipal do SUS

Data

Assinatura e Carimbo do Gestor Estadual do SUS

Data

Assinatura e Carimbo do Profissional

Data

1 - DADOS OPERACIONAIS

2 - IDENTIFICAÇÃO

2.1 - CNES

____|____|____|____|____|____|____|____

INCLUSÃO

ALTERAÇÃO

EXCLUSÃO

2.8 - Nome Fantasia do Estabelecimento

34.1.1 - Nome do Profissional *

34 - DADOS DO PROFISSIONAL - Continuação

34.4 - Vínculos

34.4.1 - Registro no Conselho de Classe ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____	34.4.2 - Órgão Emissor ____ ____ ____	34.4.3 - Atendimento ao SUS <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
Cód. _____ Vinculação _____	Cód. _____ Tipo _____	Cód. _____ Sub-Tipo _____
34.4.5 - Classificação Brasileira de Ocupações - CBO Código _____ Descrição _____		34.4.6 - Carga Horária Semanal <input type="checkbox"/> Ambulatorial <input type="checkbox"/> Hospitalar <input type="checkbox"/> Outros
34.4.7 - Data de Entrada ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____	34.4.8 - Data de Desligamento ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____	34.4.9 - Motivo do Desligamento Cód. _____ Descrição _____

34.4 - Vínculos

34.4.1 - Registro no Conselho de Classe ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____	34.4.2 - Órgão Emissor ____ ____ ____	34.4.3 - Atendimento ao SUS <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
Cód. _____ Vinculação _____	Cód. _____ Tipo _____	Cód. _____ Sub-Tipo _____
34.4.5 - Classificação Brasileira de Ocupações - CBO Código _____ Descrição _____		34.4.6 - Carga Horária Semanal <input type="checkbox"/> Ambulatorial <input type="checkbox"/> Hospitalar <input type="checkbox"/> Outros
34.4.7 - Data de Entrada ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____	34.4.8 - Data de Desligamento ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____	34.4.9 - Motivo do Desligamento Cód. _____ Descrição _____

34.4 - Vínculos

34.4.1 - Registro no Conselho de Classe ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____	34.4.2 - Órgão Emissor ____ ____ ____	34.4.3 - Atendimento ao SUS <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
Cód. _____ Vinculação _____	Cód. _____ Tipo _____	Cód. _____ Sub-Tipo _____
34.4.5 - Classificação Brasileira de Ocupações - CBO Código _____ Descrição _____		34.4.6 - Carga Horária Semanal <input type="checkbox"/> Ambulatorial <input type="checkbox"/> Hospitalar <input type="checkbox"/> Outros
34.4.7 - Data de Entrada ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____	34.4.8 - Data de Desligamento ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____	34.4.9 - Motivo do Desligamento Cód. _____ Descrição _____

* Preencher com o nome do profissional informado na ficha 20

Assinatura e Carimbo do Diretor da Unidade	Data
--	------

Assinatura e Carimbo do Gestor Municipal do SUS	Data	Assinatura e Carimbo do Gestor Estadual do SUS	Data
---	------	--	------

Assinatura e Carimbo do Profissional	Data
--------------------------------------	------