



## 19ª CONVOCAÇÃO PARA APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

### Processo Simplificado de Seleção Pública para Contratação Temporária Edital N° 001/2023

A **SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE PEDRO CANÁRIO**, no uso de suas atribuições legais, torna público, de acordo com avaliação de títulos, objeto do Edital 001/2023, a convocação para apresentação de documentos, referente ao Processo Seletivo Simplificado para provimento de vagas e formação de cadastro de reserva para diversos cargos.

**Os candidatos deverão apresentar, em conformidade com o Edital n° 001/2023 TODOS OS DOCUMENTOS VINCULADOS NO ATO DA INSCRIÇÃO, devendo ser apresentados a documentação original para conferência. Além disso, deverão apresentar os documentos elencados abaixo, originais, e respectivas cópias legíveis, que ficarão retidas.**

- a) CPF;
- b) Título de Eleitor e Certidão de Quitação Eleitoral;
- c) Carteira de Identidade;
- d) Carteira de vacinação atualizada;
- e) Certificado de Reservista, se do sexo masculino;
- f) Certidão de Nascimento/Casamento;
- g) Certidão de Nascimento dos filhos;
- h) Certidão negativa com a fazenda municipal;
- i) Registro ativo no respectivo Conselho de Classe para os cargos que assim exigir;
- j) 01 (uma) foto 3x4 recente;
- k) PIS/PASEP;
- l) Carteira de Trabalho e Previdência Social - CTPS;
- m) Comprovante de frequência escolar dos filhos menores de 14 anos (original e cópia), bem como relação de dependentes para fins legais;
- n) Comprovante de anuidade ou do parcelamento junto ao respectivo Conselho de Classe;
- o) Carteira de vacinação dos filhos menores de 05 (cinco) anos atualizada;
- p) Comprovante de residência;
- q) Número da conta corrente bancária;
- r) Atestado de saúde exarado por médico de trabalho;
- s) Para os candidatos com deficiência, quando convocados, deverão apresentar também relatório médico (laudo médico) atestando a espécie, o grau ou nível da deficiência, com expressa referência ao código de Classificação Internacional da Doença (CID), bem como a causa da deficiência;



- t) Atestado ou certidão de antecedentes criminais, referente ao domicílio do candidato;
- u) Títulos e Experiência Profissional apresentados na segunda fase do PSS, sob pena de desclassificação do candidato.
- v) **Comprovante de inscrição**
- x) **Formulário E-Social anexo à convocação devidamente preenchido**

No item 9.9, do Edital nº001/2023, diz: Caso haja necessidade, a Prefeitura Municipal de Pedro Canário poderá solicitar outros documentos complementares.

O candidato deverá comparecer pessoalmente com a documentação solicitada na Secretaria Municipal de Saúde, Localizado no Antigo Hospital Funrural, Próximo ao Banestes, **Rua José Jesuíno da Rocha, Centro, Pedro Canário/ES, conforme edital do processo seletivo Edital 01/2023, das 08:00hs às 11:00hs e de 13:00hs às 15:00hs.**

**O CANDIDATO CLASSIFICADO, CONVOCADO PARA CONTRATAÇÃO, QUE NÃO SE APRESENTAR NO LOCAL E NOS PRAZOS ESTABELECIDOS, SERÁ CONSIDERADO DESISTENTE, IMPLICANDO SUA ELIMINAÇÃO DEFINITIVA E CONVOCAÇÃO DO CANDIDATO IMEDIATAMENTE CLASSIFICADO,** na forma do item 9.11 do Edital 001/2023.

As hipóteses de eliminação do processo Seletivo são as descritas no Edital do processo Seletivo Simplificado nº 001/2023, no item 10.2

Pedro Canário, 07 de Dezembro de 2023.

**Marcos Antônio Souza Gomes**  
**Secretário Municipal de Saúde**  
**Decreto 296/2021**



PREFEITURA DE  
**PEDRO CANÁRIO**

SECRETARIA MUNICIPAL  
DE SAÚDE



PREFEITURA DE  
**PEDRO CANÁRIO**

SECRETARIA DE SAÚDE

**Psicólogo**

| Posição | Nome                                  | Data de Nascimento | Pontos | STATUS       |
|---------|---------------------------------------|--------------------|--------|--------------|
| 4       | MARIA ELOIZA SILVA DA ROCHA CARMINATI | 04/04/1996         | 70,5   | CLASSIFICADO |



## FORMULÁRIO PARA CADASTRO E INTEGRAÇÃO COM eSocial.

### DADOS ADMISSIONAIS

Data Admissão: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Função: \_\_\_\_\_

O correto preenchimento de todos os campos deste formulário é de crucial importância.  
**FAVOR PREENCHER COM MUITA ATENÇÃO E DE FORMA LEGÍVEL!**

Empresa: \_\_\_\_\_

CNPJ: \_\_\_\_\_ Data do preenchimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

|  |       |   |           |                           |   |                    |                      |
|--|-------|---|-----------|---------------------------|---|--------------------|----------------------|
| Nome Completo:   |       |   |           |                           |   |                    |                      |
| Nacionalidade  |       | Cidade Nascimento   |           |                           | UF  | Data de Nascimento |                      |
|  |       |   |           |                           |   | ____/____/____     |                      |
| Estado Civil   |       | Grau Instrução  |           |                           |   |                    |                      |
| <input type="checkbox"/> Solteiro<br><input type="checkbox"/> Casado<br><input type="checkbox"/> Divorciado<br><input type="checkbox"/> Viúvo<br><input type="checkbox"/> Separado Judicialmente<br><input type="checkbox"/> União Estável |       | <input type="checkbox"/> Ensino fundamental (1° a 5° ano),<br><input type="checkbox"/> Ensino fundamental (6° a 9° ano),<br><input type="checkbox"/> Ensino fundamental completo,<br><input type="checkbox"/> Ensino médio incompleto,<br><input type="checkbox"/> Ensino médio completo, |           |                           | <input type="checkbox"/> Educação superior incompleta,<br><input type="checkbox"/> Educação superior completa,<br><input type="checkbox"/> Pós-graduação,<br><input type="checkbox"/> Mestrado,<br><input type="checkbox"/> Doutorado,<br><input type="checkbox"/> Pós-doutorado. |                    |                      |
| N° Carteira de Trabalho  | Série | UF  | N° RG     | Órgão Emissor             | UF  | Data Expedição     | N° CPF               |
|  |       |   |           |                           |   | ____/____/____     |                      |
| N° CNH   |       | UF  | Categoria | Data Emissão              | Vencimento CNH  |                    | Primeira Habilitação |
|  |       |   |           | ____/____/____            | ____/____/____  |                    | ____/____/____       |
| Título de Eleitor  |       | Zona  | Seção     | N° Certificado Reservista |   | N° PIS/NIT         |                      |
|  |       |   |           |                           |   |                    |                      |

| Características Físicas |   | Raça/Cor   | Cor/Cabelo  | Cor/Olhos  | Tipo Sanguíneo   |
|-------------------------|---|--|---|--|--|
| Sexo                    | <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F | <input type="checkbox"/> Amarelo<br><input type="checkbox"/> Branco<br><input type="checkbox"/> Indígena<br><input type="checkbox"/> Pardo<br><input type="checkbox"/> Negro | <input type="checkbox"/> Brancos<br><input type="checkbox"/> Castanhos<br><input type="checkbox"/> Loiros<br><input type="checkbox"/> Pretos<br><input type="checkbox"/> Ruivos | <input type="checkbox"/> Azuis<br><input type="checkbox"/> Castanhos<br><input type="checkbox"/> Pretos<br><input type="checkbox"/> Verdes | <input type="checkbox"/> A+ <input type="checkbox"/> O+<br><input type="checkbox"/> A- <input type="checkbox"/> O-<br><input type="checkbox"/> B+ <input type="checkbox"/> AB+<br><input type="checkbox"/> B- <input type="checkbox"/> AB- |
| Altura                  |   |  |   |  |  |
| Peso                    |   |  |   |  |  |

|          |     |           |             |          |
|----------|-----|-----------|-------------|----------|
| Endereço |     |           | Complemento |          |
|          |     |           |             |          |
| Bairro   | CEP | Cidade/UF |             | Telefone |
|          |     |           |             | ( ) -    |

|                       |  |                   |  |    |                    |
|-----------------------|--|-------------------|--|----|--------------------|
| Nome do Pai:          |  |                   |  |    |                    |
| Nome da Mãe:          |  |                   |  |    |                    |
| Nome do Cônjuge:      |  |                   |  |    |                    |
| Nacionalidade Cônjuge |  | Cidade Nascimento |  | UF | Data de Nascimento |
|                       |  |                   |  |    | ____/____/____     |

|                    |        |    |                         |  |  |
|--------------------|--------|----|-------------------------|--|--|
| Nome Filho (a):    |        |    |                         |  |  |
| Data de Nascimento | Cidade | UF | CPF (Maiores de 3 Anos) |  |  |
| ____/____/____     |        |    |                         |  |  |
| Nome Filho (a):    |        |    |                         |  |  |
| Data de Nascimento | Cidade | UF | CPF (Maiores de 3 Anos) |  |  |
| ____/____/____     |        |    |                         |  |  |
| Nome Filho (a):    |        |    |                         |  |  |
| Data de Nascimento | Cidade | UF | CPF (Maiores de 3 Anos) |  |  |
| ____/____/____     |        |    |                         |  |  |