



20ª 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) Declaração de acúmulo de cargos
- w) **Comprovante de inscrição**
- x) **Formulário E-Social anexo à convocação devidamente preenchido**

No item 9.9, do Edital n°001/2023, 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 CONVOCÇÃO 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 n° 001/2023, no item 10.2

Pedro Canário, 11 de Dezembro de 2023.

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



PREFEITURA DE
PEDRO CANÁRIO

SECRETARIA DE SAÚDE

Auxiliar Administrativo - Cristal do Norte

Posição	Nome	Data de Nascimento	Pontos	STATUS
3	ANA PAULA DA SILVA ALVES	10/01/1989	54	CLASSIFICADO



PREFEITURA DE
PEDRO CANÁRIO

SECRETARIA DE SAÚDE

Auxiliar Serviços Gerais - SEDE

Posição	Nome	Data de Nascimento	Pontos	STATUS
8	GISELE CABALINI FERREIRA FURTADO	22/12/1987	75	CLASSIFICADO
9	VANESSA CANDIDA SOUZA	18/11/1990	75	CLASSIFICADO



PREFEITURA DE
PEDRO CANÁRIO

SECRETARIA DE SAÚDE

Enfermeiro (a) - SEDE

Posição	Nome	Data de Nascimento	Pontos	STATUS
11	LIVIA MONTEIRO DANTAS	27/04/1992	81	CLASSIFICADO
12	MANOELA PEREIRA DA SILVA	06/02/1982	76	CLASSIFICADO



PREFEITURA DE
PEDRO CANÁRIO

SECRETARIA MUNICIPAL
DE SAÚDE



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 <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viúvo <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> União Estável		<input type="checkbox"/> Ensino fundamental (1° a 5° ano), <input type="checkbox"/> Ensino fundamental (6° a 9° ano), <input type="checkbox"/> Ensino fundamental completo, <input type="checkbox"/> Ensino médio incompleto, <input type="checkbox"/> Ensino médio completo,			<input type="checkbox"/> Educação superior incompleta, <input type="checkbox"/> Educação superior completa, <input type="checkbox"/> Pós-graduação, <input type="checkbox"/> Mestrado, <input type="checkbox"/> Doutorado, <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 <input type="checkbox"/> Branco <input type="checkbox"/> Indígena <input type="checkbox"/> Pardo <input type="checkbox"/> Negro	<input type="checkbox"/> Brancos <input type="checkbox"/> Castanhos <input type="checkbox"/> Loiros <input type="checkbox"/> Pretos <input type="checkbox"/> Ruivos	<input type="checkbox"/> Azuis <input type="checkbox"/> Castanhos <input type="checkbox"/> Pretos <input type="checkbox"/> Verdes	<input type="checkbox"/> A+ <input type="checkbox"/> O+ <input type="checkbox"/> A- <input type="checkbox"/> O- <input type="checkbox"/> B+ <input type="checkbox"/> AB+ <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)		
____/____/____					