



15º EDITAL DE CONVOCAÇÃO DO PROCESSO SELETIVO SIMPLIFICADO Nº 016/2024

A **PREFEITURA MUNICIPAL DE ARARUAMA, ESTADO DO RIO DE JANEIRO**, no uso de suas atribuições legais e regimentais, **CONVOCA** os candidatos habilitados e classificados no PROCESSO SELETIVO SIMPLIFICADO Nº 016/2024 DE CARÁTER TEMPORÁRIO, URGENTE E ESSENCIALISTA (de acordo com o inciso V do artigo 73 da Lei nº9.504/1997) PARA SUBSTITUIR SERVIDORES EFETIVOS LICENCIADOS E AFASTADOS TEMPORARIAMENTE, relacionados no Anexo I deste Edital, observadas as seguintes condições:

DA ENTREGA DOS DOCUMENTOS

- Os candidatos relacionados no Anexo I do presente Edital, deverão comparecer, pessoalmente, ou por intermédio de procurador, mediante procuração pública ou particular com firma reconhecida em cartório, nos dias 16 e 17 de setembro de 2024, das 09:00h às 16:00h, no **HOSPITAL GERAL MUNICIPAL DRAª JAQUELINE PRATES, situado na Rua Major Felix Moreira, s/n - Centro, Araruama-RJ., CEP: 28.970-000**, para apresentação e entrega dos documentos listados no Anexo I.
- Caso o candidato não apresente a documentação **original** ou **declaração falsa** o mesmo será considerado **INAPTO e desclassificado** do Processo Seletivo.

TÉCNICO DE ENFERMAGEM 44H

CLASS.	NOME	NASCIMENTO	TÉC.	TEMPO DE EXPERIÊNCIA		
				ANO	MÊS	DIA
71º	CRISTIANE LARA DE OLIVEIRA	19/02/1976	OK	10	8	15
72º	REGINA COUTINHO DA COSTA	09/01/1970	OK	10	6	30

FISIOTERAPEUTA INTENSIVISTA 24H

CLASS.	NOME	NASCIMENTO	ESPECIALIZAÇÃO	TÍTULOS	TEMPO DE EXPERIÊNCIA		
					ANO	MÊS	DIA
1º	JULIANA SILVA MENDONÇA DE PINHO	04/05/1989	OK	12	7	7	23
2º	ADRIENI CRISTINI GÓES MARTINS	30/03/1995	OK	12	5	1	15
3º	ELISANGELA SAMPAIO	25/11/1974	OK	12	1	5	0
4º	JULIANA NUNES COUTINHO	28/03/1979	OK	12	1	3	12
5º	WELLINGTON MENDONÇA DE MELLO	27/05/1986	OK	12	1	0	13
6º	ELZINETE DESIDÉRIO RODRIGUES AGUIAR	28/02/1969	OK	8	22	0	30
7º	MARCELA VANESSA ALVES LEAL FREIRE	15/03/1981	OK	8	15	8	27
8º	RODRIGO STRUCH MARIANO DA ROSA	29/10/1981	OK	8	12	7	25



ENFERMEIRO INTENSIVISTA 24H

CLASS.	NOME	NASCIMENTO	ESPECIALIZAÇÃO	TÍTULOS	TEMPO DE EXPERIÊNCIA		
					ANO	MÊS	DIA
15º	DEISILAINE APARECIDA FERNANDES NEVES GONÇALVES	31/05/1983	OK	12	7	9	5
16º	TATIANA DA COSTA LIMA AVELINO	17/09/1981	OK	12	7	1	16
17º	BEATRIZ DURVAL VIANA FERREIRA	12/05/1992	ok	12	6	7	8
18º	CRISTIANE NOGUEIRA BORSATO	10/08/1975	ok	12	4	5	23
19º	TATIANE SILVA DO COUTO	18/04/1983	OK	12	3	8	26
20º	ROBERTHA KELLEN GONZAGA DOS SANTOS	24/01/1992	OK	12	2	9	7
21º	CRISTIANE DE MATTOS DE SOUZA	22/12/1980	OK	12	2	7	8

TÉC. DE ENFERMAGEM INTENSIVISTA 24H

CLASS.	NOME	NASCIMENTO	TÉC.	TEMPO DE EXPERIÊNCIA		
				ANO	MÊS	DIA
1º	HELNER GARCIA BENTO	05/09/1980	OK	10	1	14
2º	FLAVIA BEZERRA DA SILVA	04/03/1987	OK	10	3	27
3º	MARÍA DE LURDES DOS SANTOS GUIMARÃES	05/06/1962	OK	9	9	0
4º	CAROLINE SILVEIRA DOS SANTOS	19/03/1983	OK	9	2	26
5º	ELIANE DA COSTA VALE	09/08/1978	OK	8	6	3
6º	EDNA SILVA DE VASCONCELOS	20/07/1988	OK	8	1	0
7º	MICHELLY BORGES DA SILVA E SILVA	12/01/1987	OK	7	1	3
8º	GLEISE NOGUEIRA DA SILVEIRA	03/11/1983	OK	6	0	16
9º	ROSEANE FIGUEIREDO DA FONSECA	20/04/1981	OK	5	8	22
10º	PAMELA AGUIAR DA SILVA	07/12/1999	OK	5	1	12
11º	GISELLE DA SILVA CARDOSO SANTOS	08/11/1979	OK	4	1	0
12º	MARLEIDE DOS SANTOS LIMA PIRES	15/03/1984	OK	3	5	10
13º	MAICON SAMPAIO DA SILVA	05/07/2000	OK	3	1	2
14º	SIMONE ONOFRE	10/07/1978	OK	2	10	2
15º	NICOLLY MOREIRA DAMACENO	01/12/2000	OK	2	10	0
16º	JULIANA DA SILVA ELISEU	24/11/1982	OK	2	4	10
17º	REBECA OLIVEIRA	12/10/2000	OK	2	0	17
18º	LEIDIANE FRANCISCO DOS SANTOS	27/01/1995	OK	2	1	12

Araruama, 16 de setembro de 2024.

COMISSÃO DE PROCESSO SELETIVO



TERMO DE CIÊNCIA E RESPONSABILIDADE

Eu, _____, cargo: _____, matrícula: _____, estou ciente que devido **às exigências do e-social** deverei encaminhar toda documentação e declaração necessárias para inclusão em folha de pagamento – constantes no **ANEXO I**, com cópias legíveis e preenchimento de todos os campos, estou ciente da responsabilidade de conferir a documentação do servidor(a): _____ que será entregue ao Departamento de Recursos Humanos para inclusão em folha, bem como se tais exigências não forem cumpridas impossibilitará a inclusão do(a) servidor (a) e declaro que conferi de acordo com o **checklist** abaixo:

- CONFERI, E CONSTAM AS DOCUMENTAÇÕES LISTADAS NO ANEXO I.**
- CONFERI AS FOTOCÓPIAS DOS DOCUMENTOS LISTADOS NO ANEXO I, E ESTÃO LEGÍVEIS.**
- CONFERI AS DECLARAÇÕES DE ACUMULAÇÃO E NÃO ACUMULAÇÃO DE CARGO E A DECLARAÇÃO DE BENS ESTÃO DEVIDAMENTE PREENCHIDAS - DATADAS E ASSINADAS PELO SERVIDOR (A).**
- CONFERI E TODAS AS INFORMAÇÕES DA FICHA DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS ESTÃO CORRETAMENTE PREENCHIDAS, DATADAS E ASSINADAS, E CONFORME A DOCUMENTAÇÃO COMPROBATÓRIA.**
- CONFERI A VERACIDADE DA DECLARAÇÃO DE ACUMULAÇÃO, CONFORME ORIENTAÇÃO DO TCE-RJ.**
- REALIZEI A QUALIFICAÇÃO CADASTRAL DO(A) SERVIDOR (A) NO SITE: <<http://consultacadastral.inss.gov.br/Esocial> >.**



TODOS OS ITENS DO *CHECKLIST* DEVERÃO SER ASSINALADOS DE FORMA IDÊNTICA A IMAGEM ANTERIOR.

Araruama, ____ de ____ de 20__.

Assinado do Responsável



ANEXO I - DOCUMENTAÇÃO

- ✓ IDENTIDADE E/OU IDENTIDADE FUNCIONAL;
- ✓ 1 FOTO 3X4;
- ✓ TÍTULO DE ELEITOR E COMPROVANTE DE QUITAÇÃO ELEITORAL (internet);
- ✓ CPF E COMPROVANTE DE REGULARIDADE DE CPF(internet);
- ✓ Nº PIS/PASEP OU DECLARAÇÃO QUE NÃO POSSUI;
- ✓ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA;
- ✓ COMPROVANTE DE CONTA BANCÁRIA DO **BRDESCO**;
- ✓ CERTIFICADO DE RESERVISTA (SE HOMEM) ATÉ 45 ANOS;
- ✓ CARTEIRA DE TRABALHO COM DATA DE EMISSÃO;
- ✓ CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CASAMENTO;
- ✓ COMPROVANTE DE ESCOLARIDADE/ESPECIALIDADE EXIGIDO PARA O CARGO;
- ✓ COMPROVANTE DA HABILITAÇÃO ESPECÍFICA, QUANDO O CARGO EXIGIR;
- ✓ DECLARAÇÃO DE ACUMULAÇÃO OU NÃO ACUMULAÇÃO DE CARGO (preenchimento obrigatório);
- ✓ COMPROVANTE DEMONSTRANDO QUE HOVE A CONSULTA DA VERACIDADE DA DECLARAÇÃO ACIMA E A SITUAÇÃO DE ACÚMULO SE ENCONTRA REGULAR (SITE: <https://www.tcerj.tc.br/consultaprocesso/atosdepeessoal/vinculosservidor>).
- ✓ COMPROVANTE QUE FOI REALIZADA A QUALIFICAÇÃO CADASTRAL DO SERVIDOR (A) (SITE: <http://consultacadastral.inss.gov.br/Esocial>);
- ✓ DECLARAÇÃO DE BENS (preenchimento obrigatório);
- ✓ INFORMAÇÕES CADASTRAIS;

OBS: Comprovante para recebimento de salário família: filhos até 06 anos de idade - certidão de nascimento e cartão de vacinação. Após 06 anos - apresentar certidão de nascimento e escolaridade.



FOTO

Cadastro de Pessoa

Nome completo: _____
 Telefone: () _____ Celular: () _____ E-mail: _____
 Endereço: _____, nº: _____, Complemento: _____
 Bloco: _____, Apartamento: _____, Bairro: _____, CEP: _____, Cidade: _____.

Pessoa Física

Local de Nascimento(CIDADE/UF) : _____ Data de Nascimento: ____/____/____ SEXO: () F () M
 Estado Civil: _____ Nacionalidade: _____

Documentação

CPF: _____
 CTPS(Nº): _____ SÉRIE: _____
 UF: _____, Data de Emissão: _____
 PIS/PASEP: _____
 Data de Cadastramento: _____
 RG (Nº IDENTIDADE): _____
 Orgão: _____ UF: _____, Emissão: _____
 Título de Eleitor: _____
 Zona: _____ Seção: _____ Data de Emissão: _____
 CNH: _____ Categoria: _____
 Venc. CNH: ____/____/____
 Emissão CNH: ____/____/____
 Registro Profissional (nº): _____
 Orgão/UF: _____, Emissão em: ____/____/____,
 Validade: ____/____/____.

Grau de Instrução : ()

TABELA DE GRAU DE INSTRUÇÃO:

1 - Analfabeto;	6 - Ensino Fundamental Completo;
2 - Alfabetizado;	7 - Ensino Médio Incompleto;
3 - Até 4ª série Incompleta do Ensino Fundamental;	8 - Médio (2º Grau) Completo;
4- 4ª Série Completa do Ensino Fundamental;	9 - Superior Incompleto;
5 - Até a 8ª Série Incompleta;	10 - Ensino Superior Completo;

Filiação

Nome do Pai: _____
 Nome da Mãe: _____

PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO Raça: () (0) Indígena; (2) Branca ; (4) Preta ; (6) Amarela; (8)Parda.

**CONTA – BANCO BRADESCO
(CORRENTE OU SALÁRIO)**

Agência (C/dígito): _____ -

Conta: _____

(Obrigatório o comprovante da conta bancária informada neste campo)

Número de Dependentes: [] Obs: somente para dedução de IRRF , **obrigatório comprovação com documentos.**

Dep. [] _____ Nasc.: ____/____/____ () CPF: _____

Dep. [] _____ Nasc.: ____/____/____ () CPF: _____

Declaro, em conformidade com a legislação em vigor nesta data, que as informações acima expressam a verdade, sendo de minha inteira responsabilidade.

Araruama, ____ de ____ de 20__.

Assinado: __

OBS.: TODAS AS DECLARAÇÕES E CAMPOS DE DOCUMENTAÇÕES EM ANEXO

DEVEM SER DEVIDAMENTE PREENCHIDAS, DATADAS E ASSINADAS.



DECLARAÇÃO

DECLARO, com base no que dispõem os incisos XVI e XVII do artigo 37 da Constituição Federal e para os fins previstos no parágrafo 5º do artigo 13 da Lei nº. 8.112/90 que, presentemente:

() **não acumulo** cargo ou função, ou emprego público, em nenhum dos três Poderes da União, dos Estados e dos Municípios ou em qualquer Entidade da Administração indireta (Autarquia, Empresa Pública, Sociedade de Economia Mista e Fundações), ressalvando ainda à Administração, a revisão, cancelamento, restituição e todas as medidas processuais contra o interessado, no caso de não serem verdadeiras estas afirmações, inclusive procedimento penal.

() **acumulo** cargo/emprego/função em órgão público federal, estadual ou municipal, na administração direta ou indireta, incluindo autarquias empresas públicas, sociedades de economia mista, subsidiárias e sociedades controladas, direta e indiretamente pelo Poder Público, abaixo discriminado:

() detenho aposentadoria (descrever abaixo)

() exerço atividade remunerada na iniciativa privada / profissional liberal / autônomo (descrever abaixo)

Órgão: _____

Função/Cargo: _____ Regime _____

Horário: _____ Desde: _____

Afirmo, ainda, que a presente declaração é verdadeira e tenho ciência de que constitui crime previsto no art. 299 do Código Penal Brasileiro, prestar declaração falsa com finalidade de criar obrigações ou alterar a verdade sobre fato juridicamente relevante.

Araruama, _____ de _____ de _____ **(Preenchimento Obrigatório)**

Assinatura do Servidor (Preenchimento Obrigatório)

Estou ciente de que:

1. as licenças sem remuneração não eliminam acumulação (súmula TCU nº.345)
2. declarar falsamente é crime previsto em Lei Penal e que por ele responderei, independentemente das sanções administrativas, caso se comprove a inveracidade da declaração neste documento.



RE C I B O

Em __/__/_____, declaro junto ao Departamento de Recursos Humanos da Prefeitura Municipal de Araruama com a finalidade de regularização na emissão da RAIS, que:

() possuo PIS/PASEPnº _____

() não possuo nº de PIS/PASEP

Apresentar todos os documentos, caso não tenha preenchido na íntegra a ficha cadastral junto a Secretaria: título de eleitor, CPF/Carteira de Identidade/Carteira de Trabalho.

OBS.: Esclarecemos que caso não seja cumprida a referida documentação, o servidor não será registrado na folha de pagamento até que se regularize sua documentação.

Nome do servidor

Mat.:

Secretaria:



DECLARAÇÃO DE BENS – ANO-BASE (____)¹

Ano anterior ao exercício atual.

Nome: _____

C.P.F.: _____ Matrícula : _____

Relação das funções e dos cargos de direção exercidos nos dois últimos anos, em órgãos colegiados, empresas ou instituições públicas ou privadas, no Brasil ou no exterior: _____

Declarou Imposto de Renda – ANEXAR CÓPIA ASSINADA

ou

(A) Isento de declaração: () não possuo bens que possam constituir patrimônio.

() possuo os bens relacionados abaixo.

Discriminação dos Bens:

Termo de responsabilidade: As informações contidas nesta declaração são a expressão da verdade.

Data: _____ / _____ / _____

(assinatura)

(Lei Federal Nº 8730/93 - Deliberação TCE Nº 180/94 - Ato N/MD/Nº 397/94)



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Araruama, _____ de _____ de _____.

Declaração, sob as penas da lei Civil e penal, que tenho residência e domicílio situados na (Rua,AV,etc) _____,
Nº _____, Complemento _____, Bairro _____,
CEP _____, no Município de _____, Estado _____.

Nome: _____.

CPF _____.

Assinatura do Declarante



Eu, _____, Rg: _____
CPF: _____, solicito que seja creditado o pagamento da(s)
matricula(s) _____, em minha conta do **Banco Bradesco** de nº: _____
Agência (Obrigatório informar dígito): _____
Secretaria: _____ Regime: _____

**OBS: OBRIGATÓRIO ANEXAR DOCUMENTO DE COMPROVAÇÃO DA CONTA
CORRENTE OU SALÁRIO EM NOME DO SERVIDOR.**

Araruama, ____ de _____ de 20 ____.

Assinatura do Funcionário

Nome e matrícula do funcionário (DERHU)