



**EDITAL FUNSAU-NA nº 04/2018**  
**PROCESSO SELETIVO SIMPLIFICADO**  
**PARA O HOSPITAL REGIONAL DE NOVA ANDRADINA**

**O DIRETOR GERAL DA FUNDAÇÃO SERVIÇOS DE SAÚDE DE NOVA ANDRADINA – FUNSAU-NA**, no uso de suas atribuições legais, em conformidade com o disposto no § 3º do art. 17, da Lei nº 886, de 9 de junho de 2010, torna público a realização do Processo Seletivo Simplificado para seleção de profissionais de nível técnico, referentes aos cargos em que não há candidatos aprovados no concurso público nº 01/2017, para prestar serviços no Hospital Regional de Nova Andradina, mediante contratação de acordo com as condições seguintes:

**1. DA DIVULGAÇÃO**

**1.1** Os avisos relativos ao Processo Seletivo Simplificado serão divulgados no site [www.funsau-na.ms.gov.br](http://www.funsau-na.ms.gov.br), através de publicação no Diário Oficial da Prefeitura de Nova Andradina, Jornal Imagem desta cidade e afixado no Mural do Hospital Regional de Nova Andradina, localizado na Avenida Eulenir de Oliveira Lima, 71 – Bairro Durval Andrade Filho, Nova Andradina-MS.

**2. DOS CARGOS/FUNÇÕES**

**2.1.** O Processo Seletivo Simplificado destina-se a recrutar e selecionar profissionais para desempenhar atividades técnicas especializadas para operacionalização do Hospital Regional de Nova Andradina, mantido pela FUNSAU-NA, conforme discriminado no **Anexo I**.

**2.2.** Os cargos/funções objeto deste Processo Seletivo Simplificado são os discriminados pelas denominações, vagas, requisitos e salários constantes do **Anexo I** deste Edital.

**2.3.** Os candidatos selecionados e convocados para admissão serão contratados pelo regime da Consolidação das Leis do Trabalho – CLT, por prazo determinado, pelo período de **30 (trinta) dias**, podendo ser prorrogado uma única vez, **até limite de dois anos** conforme a CLT permite condicionado ao critério da contratante.

**3. DAS INSCRIÇÕES:**

**3.1.** As inscrições para o Processo Seletivo serão realizadas **no período de 09 à 26 de Novembro de 2.018, das 07:00 às 10:30 e das 13:00 às 16:30** no Departamento Pessoal do Hospital Regional de Nova Andradina, localizado na Avenida Eulenir de Oliveira Lima, 71 – Bairro Durval Andrade Filho, Nova Andradina-MS.

**3.2.** No ato da inscrição o candidato deverá apresentar:

- a)** Ficha de Inscrição, devidamente preenchida, conforme **Anexo II e IV**;
- b)** Documento de identidade e do cartão de inscrição no CPF/MF originais;
- c)** Currículo, apresentado na forma do modelo constante do **Anexo III**;
- d)** A inscrição poderá ser realizada por terceiros, somente mediante a apresentação de procuração registrada em cartório;

**3.3.** O currículo deverá conter, necessariamente, as seguintes informações:

- a)** Escolaridade, cursos de capacitação que tenha concluído;
- b)** Qualificação profissional: nome dos eventos técnicos que participou, duração e período de realização dos últimos cinco anos;



- c) Experiência profissional, descrevendo, sucintamente, tarefas básicas, empregador e período trabalhado.

3.4. Na entrega da Ficha de Inscrição e demais documentos, o candidato receberá comprovante, devidamente autenticado por membro ou representante da Comissão do Processo Seletivo, constituindo o documento comprobatório de sua inscrição.

3.5. A inscrição do candidato implica na aceitação das regras contidas neste Edital e na legislação pertinente.

3.6. Antes de efetuar a inscrição, o candidato deverá conhecer as normas estabelecidas neste Edital, para certificar-se de que preenche todos os requisitos exigidos para exercer o cargo/função que pretende concorrer.

3.7. O candidato somente poderá inscrever-se para um único cargo/função, perdendo a inscrição para o cargo de menor remuneração que porventura se inscrever em duplicidade.

3.8. Não será admitida a inscrição condicional, extemporânea, por correspondência, via postal, via FAX ou via correio eletrônico.

3.9. Após a inscrição não serão aceitos pedidos para quaisquer alterações.

3.10. As informações prestadas na Ficha de Inscrição serão de inteira responsabilidade do candidato, reservando-se à Comissão do Processo Seletivo o direito de excluir aquele que não a preencher de forma completa, correta e legível.

3.11. O candidato fará declaração na Ficha de Inscrição que tem ciência e aceita, caso convocado, de entregar para a formalização da contratação os documentos comprobatórios dos requisitos exigidos para exercer o cargo/função da admissão.

#### 4. DO PROCESSO SELETIVO

4.1. **O horário de chegada dos candidatos será até às 07h30min, horário em que será distribuído senha, não sendo admitido atraso por qualquer motivo.**

4.2. **A Entrevista e a prova de títulos serão realizadas no dia 27 de Novembro de 2018 às 07h30min no setor administrativo do Hospital Regional de Nova Andradina localizado na Avenida Eulenir de Oliveira Lima, 71 – Bairro Durval Andrade Filho, Nova Andradina-MS.**

4.3. Este Processo Seletivo Simplificado envolverá as seguintes etapas:

- a) Entrevista realizada pela Comissão do Processo Seletivo;
- b) Avaliação curricular, com base nas informações prestadas conforme o modelo constante do **Anexo III**;
- c) Avaliação dos títulos, considerando os comprovantes de capacitação e experiência apontados no **Anexo IV**;

#### 5. DA ENTREVISTA

Na entrevista será avaliado o perfil do profissional voltado as ações a serem desenvolvidas na área de atuação do candidato, com pontuação variando de 0 (zero) a 100 (cem) pontos.

#### 6. DA AVALIAÇÃO CURRICULAR

6.1. A análise do currículo de cada candidato será feita pela Comissão do Processo Seletivo, com a finalidade de avaliar o atendimento das condições do candidato, segundo as informações prestadas no **Anexo III**.



**6.2. Deverão ser obrigatoriamente apresentados os seguintes documentos, original e cópia ou autenticados em cartório: documento com foto (RG, ou CNH), CPF, diploma ou certificado de conclusão do curso para o cargo pretendido e comprovante de residência atual.**

**6.3. No caso do comprovante de residência estar em nome de terceiros, apresentar em anexo uma declaração emitida pelo responsável do imóvel, comprovando que o candidato reside no endereço do documento.**

**6.4. Deverão obrigatoriamente ser apresentadas cópias frente e verso do diploma e dos certificados de conclusão de curso, sob pena de não serem aceitos.**

**6.5. A cópia do documento pessoal apresentada deve corresponder exatamente ao original para conferência, sob pena de não serem aceitos.**

**6.6. No caso de certificado de conclusão do curso para o cargo pretendido, na ausência do documento original para conferência, será aceito cópia com carimbo de confere com o original da instituição, devidamente assinado pelo representante legal, com as respectivas identificações.**

**6.7.** Os candidatos cujos dados e informações constantes do currículo estiverem em desacordo com o requisito de escolaridade exigida para ocupar cargo/função de inscrição serão eliminados nesta etapa.

## **7. DA AVALIAÇÃO DE TÍTULOS**

**7.1.** A avaliação dos títulos apresentados pelos candidatos terá como finalidade atribuir pontos aos documentos comprobatórios de capacitação e experiência profissional apresentado, conforme descrição constante do **Anexo IV**.

**7.2.** Para comprovação dos títulos, o candidato deverá apresentar, exclusivamente no momento da entrevista, a documentação pertinente em cópias autenticadas em cartório ou acompanhadas do original para verificação.

## **8. DA CLASSIFICAÇÃO DOS CANDIDATOS E RESULTADO PRELIMINAR.**

**8.1.** Os candidatos selecionados serão classificados segundo a pontuação obtida nos títulos apresentados e juntamente com o respectivo currículo e entrevista para fins de convocação para a contratação.

**8.2.** No caso de empate na pontuação, terá preferência o candidato que tenha maior pontuação em experiência profissional e, persistindo, o de maior idade.

**8.3.** Se houver mais de um candidato sem pontuação nos títulos, a classificação será feita mediante desempenho do candidato na entrevista.

**8.4.** O resultado Preliminar do Processo Seletivo Simplificado será divulgado, por ordem de classificação, no site [www.funsau-na.ms.gov.br](http://www.funsau-na.ms.gov.br), através de publicação no Diário Oficial da Prefeitura de Nova Andradina, no Jornal Imagem desta cidade e no Mural do Hospital Regional de Nova Andradina com a lista dos nomes dos candidatos aprovados.

**8.5.** O candidato que não obter nota total igual ou superior a 60 (sessenta) pontos estará automaticamente desclassificado.

## **9. DA IMPUGNAÇÃO AO EDITAL**

**9.1.** Qualquer interessado poderá solicitar esclarecimentos, providências ou impugnar o ato convocatório do presente processo seletivo simplificado, no prazo de dois (02) dias após a publicação do processo, sob pena de decadência do direito de fazê-lo administrativamente.



**9.1.1.** Deverá protocolar o pedido diretamente na FUNSAU -NA, das 7:00 às 10:30 horas e das 13:00 às 16:30 horas, no Departamento de Recursos Humanos.

**9.2.** A impugnação ao edital deverá ser dirigida à autoridade que expediu o presente instrumento convocatório.

**9.3.** Acolhida à petição contra o ato convocatório será designada nova data para a realização do processo seletivo simplificado.

## **10. DOS RECURSOS**

**10.1** O candidato ou qualquer interessado que desejar interpor recurso contra a divulgação do resultado preliminar deste Processo Seletivo Simplificado disporá de 2 (dois) dias para fazê-lo, contados a partir da data da divulgação do Resultado Preliminar, em instância única.

**10.2** Os recursos deverão ser apresentados junto a Comissão do Processo Seletivo, em via original e com documentos originais ou cópias devidamente autenticadas.

**10.3** Não serão aceitos recursos via e-mail, Fax, Correios ou qualquer meio eletrônico.

**10.4** Em caso de deferimento do recurso será feita a retificação do ato que deu motivo ao acolhimento do mesmo.

**10.5** O resultado do recurso junto com parecer da Comissão do Processo Seletivo Simplificado será encaminhado aos requerentes através de carta registrada no endereço informado no ato de inscrição, ou no endereço eletrônico do requerente (e-mail cadastrado) no prazo de 48 (quarenta e oito) horas a contar do recebimento do devido recurso junto à Comissão do Processo Seletivo Simplificado.

**10.6** É de inteira responsabilidade do candidato o preenchimento correto do endereço no ato da inscrição.

## **11. DO RESULTADO FINAL**

**11.1** O resultado Final do Processo Seletivo Simplificado será divulgado no site [www.funsau-na.ms.gov.br](http://www.funsau-na.ms.gov.br), através de publicação no Diário Oficial da Prefeitura de Nova Andradina, Jornal Imagem desta cidade e no Mural do Hospital Regional de Nova Andradina com a lista dos nomes dos candidatos aprovados e classificados.

**11.2** Os resultados não serão informados via telefone.

## **12. DA HOMOLOGAÇÃO**

**12.1** O Processo Seletivo Simplificado terá seu resultado final homologado, pelo Diretor Geral da Fundação de Serviços de Saúde de Nova Andradina- Funsau-NA e será publicado no Site [www.funsau-na.ms.gov.br](http://www.funsau-na.ms.gov.br), através de publicação no Diário Oficial da Prefeitura de Nova Andradina, Jornal Imagem desta cidade e no Mural do Hospital Regional de Nova Andradina com a lista dos nomes dos candidatos aprovados e classificados em ordem decrescente da nota obtida.

## **13. DA CONVOCAÇÃO**

**13.1** O candidato será convocado exclusivamente pelo sítio [www.funsau-na.ms.gov.br](http://www.funsau-na.ms.gov.br), através de publicação no Diário Oficial da Prefeitura de Nova Andradina, no Jornal Imagem de Nova Andradina e também será afixado no Mural da Fundação, sendo de responsabilidade do candidato o acompanhamento de todos os atos do presente Processo Seletivo.



**13.2** No ato da convocação será informado a data e o local que o candidato deverá comparecer munido dos documentos necessários para contratação.

**13.3** O candidato convocado para assumir o cargo pretendido que não comparecer no prazo estipulado na convocação, estará automaticamente eliminado do processo seletivo.

**14. DOS REQUISITOS PARA CONTRATAÇÃO:**

**14.1** No contrato constará, obrigatoriamente:

- a) Cargo/função a ser desempenhado;
- b) Tempo de duração do contrato;
- c) Condições de renovação e de rescisão;
- d) Valor do salário e a remuneração complementar se forem o caso;
- e) Direitos assegurados ao contratado e as obrigações que estará submetido;
- f) Carga horária semanal e/ou mensal.

**14.2 São requisitos para a contratação do candidato:**

- a) Ter sido classificado no Processo Seletivo objeto deste Edital;
- b) Ser brasileiro nato ou naturalizado;
- c) Estar em dia com as obrigações eleitorais;
- d) Ter, no mínimo, 18 (dezoito) anos completos, na data da contratação;
- e) Comprovar, mediante atestado médico, que goza de boa saúde física e mental;
- f) Estar quite com as obrigações do serviço militar, para candidato do sexo masculino;
- g) Não ocupar cargo ou função na Administração Pública municipal, estadual ou federal, exceto quando houver compatibilidade de horários e nos casos previstos no artigo 37, XVI da Constituição Federal.

**14.3** A contratação será pelo prazo de 30 (trinta dias), podendo ser prorrogado uma única vez **por até dois anos** nos termos da CLT, conforme critério do contratante caso persista os motivos da admissão. O contrato poderá ser rescindido caso houver candidato habilitado para o cargo/função (aprovados em concurso) ou por interesse da FUNSAU-NA.

**14.4** A prorrogação acima apontada não obriga a contratante a prorrogar por dois anos, mais sim fica limitada ao período apontado. A título de exemplo: *Cumpra o contrato por trinta dias e se persistir a necessidade, prorroga-se por mais 30 ou 90 ou 120 dias conforme critério da administração, limitado há dois anos.*

**14.5** Caso seja ultrapassado o prazo da segunda prorrogação e havendo necessidade de manutenção do profissional selecionado, o contrato passa a ser por prazo indeterminado.

**15 DA DOCUMENTAÇÃO**

**15.1** Os candidatos convocados deverão apresentar para a contratação os seguintes documentos:



| <b>RELAÇÃO DE DOCUMENTOS A SEREM APRESENTADOS PELOS CANDIDATOS CONVOCADOS (CÓPIAS)</b>   |                          |
|--|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> Caso Solteiro (a): Certidão de Nascimento   |                          |
| <input type="checkbox"/> Caso união estável: Declaração da União Estável   |                          |
| <input type="checkbox"/> Caso Casado (a): Certidão de Casamento  | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Caso Separado (a) ou divorciado (a): Certidão de Casamento atualizada   |                          |
| <input type="checkbox"/> Caso viúvo (a): Certidão de Casamento e Certidão de Óbito do Cônjuge  |                          |
| <input type="checkbox"/> 01 (uma) foto 3 X 4   | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> CTPS - Carteira de Trabalho e Previdência Social ( <b>original e cópia de todas as páginas com anotações</b> )  | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Cartão Cidadão ou Comprovante de Cadastramento no PIS/PASEP   | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> RG - Registro Geral - Carteira de Identidade  | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> CPF - Cadastro de Pessoa Física   | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> CNH - Carteira Nacional de Habilitação ( <b>Obrigatório caso o cargo exigir</b> )   | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Título de Eleitor e Comprovante de quitação eleitoral da última eleição   | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Cartão do SUS   | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Comprovação de quitação com o Serviço Militar Obrigatório ( <b>Sexo masculino</b> )   | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Comprovante de residência atual. ( <b>Caso o comprovante de residência esteja em nome de terceiros, apresentar em anexo uma declaração emitida pelo responsável do imóvel, comprovando que o convocado reside no endereço do documento</b> )  | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Carteira de Vacinação em dia  | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Documentação comprobatória da escolaridade mínima exigida ( <b>cópia acompanhada do original</b> ): <ul style="list-style-type: none"><li>○ Diploma no caso de conclusão de Curso Superior na área de inscrição do candidato, devidamente reconhecido pelo Ministério da Educação/MEC, e ser devidamente registrado em conselho de classe específico, se houver;</li><li>○ Certificado de conclusão de Nível Técnico na área de inscrição do candidato, devidamente reconhecido e registrado em conselho de classe específico, se houver;</li><li>○ Certificado de conclusão no caso de Ensino Médio ou Ensino Fundamental para os cargos que exigem apenas esta etapa da educação básica, acompanhados dos respectivos históricos escolares;</li></ul> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Carteira de Identidade Profissional, com o respectivo comprovante de pagamento da anuidade do conselho e/ou documento atestando regularidade com o órgão  | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Certidão negativa de antecedentes criminais, expedida pelo Cartório Distribuidor da Comarca do domicílio do convocado   | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Declaração de bens ( <b>Conforme anexo V</b> )  | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Declaração de acumulação de cargos ( <b>Conforme anexo VI</b> )   | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Laudo médico ( <b>original ou cópia autenticada</b> ) expedido no prazo máximo de 12 (doze) meses, atestando a espécie e grau ou nível da deficiência, como expressa referência ao CID, bem como a causa provável da deficiência, contendo o nome e a assinatura do médico, bem como o carimbo com o número do CRM.   | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Número de Conta Bancária no Banco do Brasil (Caso não possua, após a verificação de toda a documentação exigida, será emitida pelo RH uma solicitação de abertura de conta salário)   | <input type="checkbox"/> |
| <b>DOCUMENTOS DOS DEPENDENTES (inclusive companheiro caso união estável)</b>   |                          |
| <input type="checkbox"/> Certidão de Nascimento e/ou Certidão de Casamento e/ou União Estável ( <b>Cônjuge e filhos</b> )  | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> CPF - Cadastro de Pessoa Física ( <b>Cônjuge e filhos</b> )   | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> RG - Registro Geral - Carteira de Identidade ( <b>Cônjuge e filhos</b> )  | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Comprovante de Frequência Escolar e Carteira de Vacinação dos Filhos até 14 anos ou   |                          |
| <input type="checkbox"/> Comprovante de Matrícula cursando escola técnica de 2º grau ou ensino superior dos Filhos até 24 anos   | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Cartão do SUS ( <b>Cônjuge e filhos</b> )   | <input type="checkbox"/> |



## 16. DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

- 16.1 A Comissão Processo Seletivo ficará instalada no Hospital Regional de Nova Andradina, localizado na Avenida Eulenir de Oliveira Lima, 71 – Bairro Durval Andrade Filho - Nova Andradina.
- 16.2 As contratações serão efetuadas de acordo com o quantitativo estipulado para atendimento às necessidades de recursos humanos para a execução dos trabalhos do Hospital Regional de Nova Andradina.
- 16.3 O candidato será responsável pela exatidão e atualização dos dados constantes em sua Ficha de Inscrição e do currículo.
- 16.4 A classificação formalizada para este Processo Seletivo Simplificado Complementar tem validade por seis meses, contados da data de homologação do resultado final, podendo ser prorrogado por igual período.
- 16.5 Os casos omissos e as dúvidas, que surgirem na interpretação deste Edital, serão resolvidos pela Comissão do Processo Seletivo.
- 16.6 Havendo necessidade, a Comissão Organizadora do processo seletivo, poderá alterar suas etapas ou datas de realização, para tanto, divulgando a respectiva alteração, no mínimo com 48 horas de antecedência.
- 16.7 Havendo necessidade, a Comissão Organizadora do processo seletivo, poderá caso não haja possibilidade de avaliação de todos os candidatos na data designada, suspender a realização do processo para o próximo dia útil seguinte, mediante a ata de reunião constando lista com a relação de candidatos restantes, bem como suas assinaturas.

Nova Andradina/MS, 08 de Novembro de 2.018.

**NELSON CUSTÓDIO DA SILVA**  
**Diretor Geral**  
FUNSAU-NA



FUNDAÇÃO SERVIÇOS DE SAÚDE DE NOVA ANDRADINA  
FUNSAU-NA  
HOSPITAL REGIONAL DE NOVA ANDRADINA  
Rua Eulenir de Oliveira Lima, 71 - Bairro Durval Andrade Filho  
Fone/Fax: (67) 3441-5050 - Nova Andradina-MS



**ANEXO I - EDITAL FUNSAU-NA nº 04/2018**  
**PROCESSO SELETIVO SIMPLIFICADO**  
**PARA O HOSPITAL REGIONAL DE NOVA ANDRADINA**

| <b>Cargo/Função</b> | <b>Vagas</b> | <b>C.H<br/>Semanal</b> | <b>Requisitos<br/>Básicos</b>   | <b>Salário<br/>Base</b> | <b>Atribuições do Cargo</b>  |
|---------------------|--------------|------------------------|---|-------------------------|--|
| Fisioterapeuta      | 02           | 30h                    | Graduação em Fisioterapia, habilitação para a função e registro na entidade de fiscalização profissional. | R\$<br>1.751,79         | Desenvolver atividades de supervisão, coordenação, elaboração e execução de atividades fisioterápicas, visando a recuperação física do paciente, em qualquer Unidade de Tratamento do Hospital; executar tratamentos de reabilitação em pacientes com deficiência física e/ou mental, empregando técnicas adequadas e de reeducação, para obter o máximo de recuperação; aplicar agentes físicos e de movimento na recuperação de incapacidades orgânicas; aplicar métodos e técnicas fisioterápicos adequados para a cura de doenças e lesões; coordenar, supervisionar e executar atividades de sua especialidade ou área de atuação dentro da rede de serviços da Fundação. |





FUNDAÇÃO SERVIÇOS DE SAÚDE DE NOVA ANDRADINA  
FUNSAU-NA  
HOSPITAL REGIONAL DE NOVA ANDRADINA  
Rua Eulenir de Oliveira Lima, 71 - Bairro Durval Andrade Filho  
Fone/Fax: (67) 3441-5050 - Nova Andradina-MS



ANEXO II – EDITAL FUNSAU-NA nº 05/2018

**FUNDAÇÃO SERVIÇOS DE SAÚDE DE NOVA ANDRADINA**  
PROCESSO SELETIVO SIMPLIFICADO PARA O HOSPITAL REGIONAL DE NOVA ANDRADINA

|                           |        |
|---------------------------|--------|
| <b>FICHA DE INSCRIÇÃO</b> | NÚMERO |
|---------------------------|--------|

|                                      |     |  |     |      |  |                         |   |          |  |     |  |     |  |                      |  |           |  |
|--------------------------------------|-----|--|-----|------|--|-------------------------|---|----------|--|-----|--|-----|--|----------------------|--|-----------|--|
| <b>Nome do Candidato</b>             |     |  |     |      |  |                         |   |          |  |     |  |     |  |                      |  |           |  |
|                                      |     |  |     |      |  |                         |   |          |  |     |  |     |  |                      |  |           |  |
|                                      |     |  |     |      |  |                         |   |          |  |     |  |     |  |                      |  |           |  |
| Data de Nascimento                   |     |  |     | Sexo |  | Documento de Identidade |   |          |  |     |  |     |  |                      |  |           |  |
| Dia                                  | Mês |  | Ano |      |  | M                       | F | Número   |  |     |  |     |  |                      |  | Org. Exp. |  |
|                                      |     |  |     |      |  |                         |   |          |  |     |  |     |  |                      |  |           |  |
| CPF                                  |     |  |     |      |  |                         |   | Telefone |  |     |  |     |  |                      |  |           |  |
|                                      |     |  |     |      |  |                         |   |          |  |     |  |     |  |                      |  |           |  |
| <b>Endereço</b>                      |     |  |     |      |  |                         |   |          |  |     |  |     |  |                      |  |           |  |
| Rua, Avenida, n., Apto., Bloco       |     |  |     |      |  |                         |   |          |  |     |  |     |  |                      |  |           |  |
|                                      |     |  |     |      |  |                         |   |          |  |     |  |     |  |                      |  |           |  |
|                                      |     |  |     |      |  |                         |   |          |  |     |  |     |  |                      |  |           |  |
| Bairro                               |     |  |     |      |  |                         |   |          |  | CEP |  |     |  |                      |  |           |  |
|                                      |     |  |     |      |  |                         |   |          |  |     |  |     |  |                      |  |           |  |
| Município                            |     |  |     |      |  |                         |   |          |  | UF  |  | DDD |  | Telefone Residencial |  |           |  |
|                                      |     |  |     |      |  |                         |   |          |  |     |  |     |  |                      |  |           |  |
| E-MAIL                               |     |  |     |      |  |                         |   |          |  |     |  |     |  |                      |  |           |  |
|                                      |     |  |     |      |  |                         |   |          |  |     |  |     |  |                      |  |           |  |
| <b>CARGO /FUNÇÃO QUE SE INSCREVE</b> |     |  |     |      |  |                         |   |          |  |     |  |     |  |                      |  |           |  |

Declaro que aceito as condições descritas no Edital que rege este processo seletivo e, se convocado para a contratação, apresentarei todos os documentos comprobatórios dos requisitos pessoais, de escolaridade e profissionais para assinar o contrato.

Nova Andradina, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2018.

\_\_\_\_\_ ASSINATURA DO CANDIDATO

EDITAL FUNSAU-NA nº 05/2018

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO Nº \_\_\_\_\_

**FUNDAÇÃO SERVIÇOS DE SAÚDE DE NOVA ANDRADINA**  
PROCESSO SELETIVO SIMPLIFICADO PARA O HOSPITAL REGIONAL DE NOVA ANDRADINA

NOME:

CARGO/FUNÇÃO:



FUNDAÇÃO SERVIÇOS DE SAÚDE DE NOVA ANDRADINA  
FUNSAU-NA  
HOSPITAL REGIONAL DE NOVA ANDRADINA  
Rua Eulenir de Oliveira Lima, 71 - Bairro Durval Andrade Filho  
Fone/Fax: (67) 3441-5050 - Nova Andradina-MS



**ANEXO III – EDITAL FUNSAU-NA nº 05/2018**  
**FUNDAÇÃO SERVIÇOS DE SAÚDE DE NOVA ANDRADINA**  
PROCESSO SELETIVO SIMPLIFICADO PARA O HOSPITAL REGIONAL DE NOVA ANDRADINA  
**MODELO DE CURRÍCULUM VITAE**

|  |  |
|--|--|
| Nome   |  |
| Endereço   |  |
| Telefone e e-mail  |  |
| Experiência (informar períodos, empregadores e cargos/funções)   |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| Formação Escolar (informar a instituição de ensino, ano da conclusão e demais cursos na área de habilitação) |  |
| Cursos de capacitação  |  |
|  |  |
|  |  |



**ANEXO IV – EDITAL FUNSAU-NA nº 05/2018**

**FUNDAÇÃO SERVIÇOS DE SAÚDE DE NOVA ANDRADINA**  
PROCESSO SELETIVO SIMPLIFICADO PARA O HOSPITAL REGIONAL DE NOVA ANDRADINA

| <b>FICHA DE DOCUMENTOS E AVALIAÇÃO</b>  |  |  |  |            |          |                   |           |           |  |  |           |  |
|---|--|--|--|------------|----------|-------------------|-----------|-----------|--|--|-----------|--|
| <b>Nome do Candidato</b>  |  |  |  |            |          |                   |           |           |  |  |           |  |
|   |  |  |  |            |          |                   |           |           |  |  |           |  |
| Número Documento de Identidade  |  |  |  |            |          |                   |           |           |  |  | Org. Exp. |  |
|   |  |  |  |            |          |                   |           |           |  |  |           |  |
| CPF   |  |  |  |            |          | Telefone          |           |           |  |  |           |  |
|   |  |  |  |            |          |                   |           |           |  |  |           |  |
| COMPROVANTE / TÍTULO  |  |  |  | QUANTIDADE |          |                   | PONTUAÇÃO |           |  |  |           |  |
|   |  |  |  | Limite     | Entregue | Unitário          | Máxima    | Atribuída |  |  |           |  |
| Comprovante de participação em eventos de capacitação ou qualificação profissional, na área de atuação da função que concorre, realizado a partir de janeiro de 2013: |  |  |  |            |          |                   |           |           |  |  |           |  |
| - com nível superior (em caso de processo seletivo para nível superior, este item será desconsiderado, não havendo pontuação)   |  |  |  | 5          |          | 30                | 150       |           |  |  |           |  |
| - com Doutorado reconhecido pelo MEC  |  |  |  | 2          |          | 60                | 120       |           |  |  |           |  |
| - com Mestrado reconhecido pelo MEC   |  |  |  | 2          |          | 40                | 80        |           |  |  |           |  |
| - com pós-graduação   |  |  |  | 5          |          | 25                | 125       |           |  |  |           |  |
| - com carga horária de 240 h ou duração mínima igual ou superior a 90 dias  |  |  |  | 5          |          | 15                | 75        |           |  |  |           |  |
| - com carga horária de 200 h ou duração mínima igual ou superior a 60 dias  |  |  |  | 5          |          | 12                | 60        |           |  |  |           |  |
| - com carga horária de 160 h ou duração mínima igual ou superior a 30 dias  |  |  |  | 5          |          | 10                | 50        |           |  |  |           |  |
| - com carga horária de 120 h ou duração mínima igual ou superior a 15 dias  |  |  |  | 5          |          | 8                 | 40        |           |  |  |           |  |
| - com carga horária mínima de 80h ou duração igual ou superior a 12 dias  |  |  |  | 5          |          | 5                 | 25        |           |  |  |           |  |
| - com carga horária mínima de 40h ou duração igual ou superior a 6 dias   |  |  |  | 5          |          | 4                 | 20        |           |  |  |           |  |
| - com carga horária mínima de 20h ou duração igual ou superior a 4 dias   |  |  |  | 5          |          | 3                 | 15        |           |  |  |           |  |
| - com carga horária mínima de 10h ou duração igual ou superior a 2 dias   |  |  |  | 5          |          | 2                 | 10        |           |  |  |           |  |
| Comprovante de vínculo empregatício em cargo/função semelhante a que concorre, pontuação para cada seis meses   |  |  |  | 10         |          | 15                | 150       |           |  |  |           |  |
| Entrevista/Análise de Perfil com banca examinadora.   |  |  |  | 0-100      |          |                   |           |           |  |  |           |  |
| <b>QUANTIDADE DE DOCUMENTOS ENTREGUES:</b>  |  |  |  |            |          |                   |           |           |  |  |           |  |
| ASSINATURA REPRESENTANTE DA COMISSÃO  |  |  |  |            |          | NÚMERO DE PONTOS. |           |           |  |  |           |  |
|   |  |  |  |            |          |                   |           |           |  |  |           |  |



**ANEXO V – EDITAL FUNSAU-NA nº 05/2018**

**FUNDAÇÃO SERVIÇOS DE SAÚDE DE NOVA ANDRADINA**  
PROCESSO SELETIVO SIMPLIFICADO PARA O HOSPITAL REGIONAL DE NOVA ANDRADINA

**MODELO DE DECLARAÇÃO**

**DECLARAÇÃO DE BENS**

Eu, (**NOME COMPLETO**), nacionalidade, estado civil, profissão, portador(a) da carteira de identidade RG n.º (**número de RG**), inscrito(a) no CPF sob n.º (**número de CPF**), (**qualificação completa, com endereço da residência e informações complementares e pertinentes a identificação do candidato**), DECLARO para os devido fins que:

( ) Não possuo bens.

( ) Posso os bens conforme discriminação e valor abaixo especificado:

| DISCRIMINAÇÃO | VALOR EM R\$ |
|---------------|--------------|
|               |              |
|               |              |
|               |              |
|               |              |
|               |              |
|               |              |
|               |              |
|               |              |

Para os devidos fins de direito, firmo a presente declaração.

\_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.  
Cidade-UF                      Dia                      Mês                      Ano

\_\_\_\_\_  
**ASSINATURA DO DECLARANTE**



FUNDAÇÃO SERVIÇOS DE SAÚDE DE NOVA ANDRADINA  
FUNSAU-NA  
HOSPITAL REGIONAL DE NOVA ANDRADINA  
Rua Eulenir de Oliveira Lima, 71 - Bairro Durval Andrade Filho  
Fone/Fax: (67) 3441-5050 - Nova Andradina-MS



## ANEXO VI – EDITAL FUNSAU-NA nº 05/2018

### FUNDAÇÃO SERVIÇOS DE SAÚDE DE NOVA ANDRADINA PROCESSO SELETIVO SIMPLIFICADO PARA O HOSPITAL REGIONAL DE NOVA ANDRADINA

#### MODELO DE DECLARAÇÃO DE ACUMULAÇÃO DE CARGOS

#### DECLARAÇÃO DE ACÚMULO DE CARGO PÚBLICO

Eu, (**NOME COMPLETO**), (**nacionalidade**), (**estado civil**), (**profissão**), portador(a) da carteira de identidade RG n.º (**número de RG**), inscrito(a) no CPF sob n.º (**número de CPF**), (**qualificação completa, com endereço da residência e informações complementares e pertinentes a identificação do candidato**), DECLARO, para fins do contido nos incisos XVI e XVII do art. 37 da Constituição Federal de 1988 com redação determinada pelas Emendas Constitucionais nº 19 e 20 de 1998, que:

( ) Percebo APOSENTADORIA relativa ao cargo de \_\_\_\_\_,  
pertencente à estrutura do órgão \_\_\_\_\_.

( ) NÃO MANTENHO outro vínculo empregatício em caráter permanente ou temporário com qualquer entidade pública federal, estadual, ou municipal, que impeça minha admissão ao quadro de servidores públicos da Fundação Serviços de Saúde de Nova Andradina – FUNSAU-NA.

( ) MANTENHO vínculo público, exercendo o cargo de \_\_\_\_\_,  
pertencente à estrutura do órgão \_\_\_\_\_,  
em jornada de \_\_\_\_\_ horas de trabalho, com carga horária de \_\_\_\_\_ horas semanais.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.  
Cidade-UF                      Dia                      Mês                      Ano

\_\_\_\_\_  
**ASSINATURA DO DECLARANTE**