

EDITAL DE CONVOCAÇÃO Nº 001/2023

O Prefeito Municipal de Florânia, Estado do Rio Grande do Norte, no uso de suas atribuições e considerando o disposto no Edital de Processo Seletivo Simplificado para contratação de profissionais, por tempo determinado, para o município de Florânia-RN.

RESOLVE:

1. CONVOCAR, o seguinte candidato (a) para o respectivo cargo:

AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE:

| INSC. | NOME | NOTA | SITUAÇÃO | CARGA HORÁRIA |
|-------|---------------------------------|-------|----------------------|-------------------|
| 157 | NEILANNY ALÉXIA MEDEIROS ARAÚJO | 74.37 | Aprovada em 1º lugar | 40 horas semanais |

a) A CANDIDATA DEVERÁ APRESENTAR: Exame admissional realizado por um Médico do Trabalho.

1.2 - Somente serão aceitos exames realizados até 30 dias imediatamente anteriores à data do comparecimento ao Departamento Pessoal para entrega dos documentos.

1.3 - A candidata deverá comparecer ao Departamento Pessoal da Secretaria Municipal de Administração, localizada à Rua Teônia Amaral, 290 - Centro, Florânia/RN, no período de 05 (cinco) dias úteis, podendo ser prorrogado por igual período, munido dos originais e respectivas cópias dos seguintes documentos nominados abaixo:

- a. Documento de Identificação: Cédula de Identidade ou Carteira Nacional de Habilitação;
- b. Cópia do Cadastro de Pessoa Física – CPF;
- c. Comprovante de Residência;
- d. Inscrição PIS/PASEP, para quem já for cadastrado;
- e. Declaração que não possui inscrição PIS/PASEP, para quem não é cadastrado;
- f. Certidão de Casamento;
- g. Certidão de Nascimento de filhos, quando for o caso;
- h. Certidões Negativas: da Receita Federal, Débitos Estaduais e Municipais;
- i. Certidão de Antecedentes Criminais (Justiça Federal/Estadual);
- j. Dados Bancários (número da agência e conta corrente);
- k. Declaração de bens;
- l. Declaração de vínculo com órgão público (anexo I);
- m. Declaração de Nepotismo (anexo II);
- n. Uma foto 3x4, recente;

- o.** Carteira de registro no conselho ou órgão competente, habilitado a exercer a profissão **quando for o caso.**
 - p.** Exame Admissional Realizado por um Médico do Trabalho.
- 1.4 - A inobservância do disposto nos itens anteriores importará na não efetuação do contrato, sem prejuízo da responsabilidade administrativa;
- 1.5 - O candidato que possua algum impedimento legal para assumir o cargo não terá seu contrato efetuado
- 1.6 - Caso o candidato convocado não compareça dentro do prazo estipulado nesta convocação, será desclassificado.

Palácio das Flores – Prefeitura Municipal de Florânia

Em 02 de junho de 2023.

Saint Clay Alcântara Silva de Medeiros
Prefeito do Município

Laedson Silva de Medeiros
Sec. Mun. de Administração e Planejamento

ANEXO I

DECLARAÇÃO DE VÍNCULO COM ÓRGÃO PÚBLICO

Eu, _____, portador do RG nº _____, CPF nº _____, declaro para os devidos fins que

POSSUO

NÃO POSSUO

vínculo, direta ou indiretamente, como servidor (a) público, com outro órgão da Administração Pública MUNICIPAL, ESTADUAL ou FEDERAL.

Caso possua vínculo, informar qual o vínculo, com qual órgão público e carga horária nesse órgão:

DECLARO, finalmente, sob minha responsabilidade pessoal, civil, administrativa e penal, nas conformidades do art. 299 do Código Penal, que as informações aqui prestadas são verdadeiras.

Data: _____, de _____ de 2023.

Assinatura do Declarante

ANEXO II

DECLARAÇÃO DE NEPOTISMO

Eu _____, Estado _____
Civil: _____, RG nº _____, órgão emissor: _____, CPF
nº _____, declaro para os devidos fins e efeitos:

() **NÃO possuir** cônjuge, companheiro ou parente em linha reta, colateral ou por afinidade, até o terceiro grau, inclusive, que se enquadrem nas vedações dispostas na Súmula Vinculante nº 13 do Supremo Tribunal Federal, no âmbito da Prefeitura Municipal de Florânia/RN.

Nome do parente: _____ Grau de
parentesco: _____ Cargo: _____.

() **POSSUIR** cônjuge, companheiro ou parente em linha reta, colateral ou por afinidade, até o terceiro grau, inclusive, que se enquadrem nas vedações dispostas na Súmula Vinculante nº 13 do Supremo Tribunal Federal, no âmbito da Prefeitura Municipal de Florânia/RN.

Nome do parente: _____ Grau de
parentesco: _____ Cargo: _____.

DECLARO, finalmente, sob minha responsabilidade pessoal, civil, administrativa e penal, nas conformidades do art. 299 do Código Penal, que as informações aqui prestadas são verdadeiras.

Data: _____, de _____ de 2023.

Assinatura do Declarante



| |
|----------------------|
| Processo _____ |
| Folha N° _____ |
| _____ |
| Assinatura / Rubrica |