

Superintendência Estadual de Gestão de Pessoas - SEGEP

EDITAL Nº 1/2021/SEGEP-GCP

O Superintendente Estadual de Gestão de Pessoas, Senhor **Silvio Luiz Rodrigues da Silva**, no uso de suas atribuições legais, em razão de aprovação obtida no Concurso Público da Secretaria de Estado da Saúde, regido pelo Edital n. 013/GCP/SEGEP, de 20 de janeiro de 2017, publicado no Diário Oficial do Estado de Rondônia n. 019 de 30 de janeiro de 2017, homologado através do Edital n. 116/GCP/SEGEP, de 3 de julho de 2017, publicado no Diário Oficial do Estado de Rondônia n. 122, de 3 de julho de 2017, de acordo com os quantitativos de vagas previsto na Lei Estadual n. 3.503/15, de 30 de janeiro de 2015, publicada no Diário Oficial do Estado de Rondônia n. 2.632/15, de 30 de janeiro de 2015. **Convoca o candidato abaixo relacionado, para preparação de exames médicos e documentação, visando a perícia médica e posse**, nomeado através do Decreto n. 25.707, de 30 de dezembro de 2020, publicado no Diário Oficial do Estado de Rondônia, edição n. 253, de 30 de dezembro de 2020, em cumprimento a Determinação Judicial - Proferida nos autos n. 0801757-12.2020.8.22.0000, constantes no Processo SEI nº 0014.195177/2020-88.

Candidato convocado:

| Inscrição | Nome | Cargo | Local de Trabalho | Classificação |
|-----------|---------------------------------|---|-------------------|---------------|
| 53466 | Paulo Sergio Da Silveira Junior | Fonoaudiólogo Especialista Em Fonoaudiologia Hospitalar | Porto Velho | 20ª |

1. O candidato deverá observar o disposto dos anexos I, II, III, IV e V deste Edital.

Porto Velho, 5 de janeiro de 2021

Silvio Luiz Rodrigues da Silva

Superintendente Estadual de Gestão de Pessoas

ANEXO I – PRAZO PARA PERÍCIA MÉDICA E POSSE

| EVENTO/JUNTA MÉDICA | PRAZOS |
|---|---------------------------|
| Apresentação de Exames Médicos | 30/12/2020 a 28/1/2021 |
| Apresentação dos Exames Médicos, com Prorrogação de Posse. | 30/12/2020 a 27/2/2021 |
| EVENTOS/GCP/SEGEP | PRAZOS |
| Pedido de Prorrogação de Posse, podendo ser enviados, via Correios, sendo considerada a data da postagem. | 30/12/2020 a 28/1/2021 |
| Conferência da Documentação e Posse, com Prorrogação de Posse. | 30/12/2020 a 27/2/2021 |

ANEXO II – PROGRAMAÇÃO PERÍCIA MÉDICA

| PERÍCIA MÉDICA |
|--|
| LOCAL/ENDEREÇO: CEPEM/JUNTA MÉDICA: situada a Avenida Governador Jorge Teixeira, 3862, Bairro Industrial, Porto Velho – RO (Anexo a Policlínica Oswaldo Cruz – POC – Bloco Dendê) |
| 2. DA PERÍCIA MÉDICA ADMISSIONAL |
| 2.1. O candidato convocado deverá realizar os Exames Médicos e Laboratoriais, abaixo relacionados. |
| 2.2. O candidato deverá fazer o agendamento para a entrega dos Resultados dos Exames e Perícia Médica. |
| 2.3. Portadores de Deficiência: |
| 2.3.1. Os candidatos inscritos na condição de Portador de Necessidade Especial deverão comparecer à Junta Médica Oficial do Estado de Rondônia, munidos de Laudo Médico atestando à espécie e o grau ou o nível de deficiência, com expressa referência ao código correspondente da Classificação Internacional de Doenças (CID), bem como à provável causa da deficiência, para que seja determinada sua qualificação como Portador de Necessidades Especiais ou não e sobre o grau de necessidade, que determinará estar ou não, o candidato capacitado para o exercício do cargo, de acordo com os dispositivos legais previsto. |
| 2.4. Os resultados dos exames deverão ser apresentados pelo próprio candidato à Junta Médica Oficial do Estado de Rondônia. Sendo considerado Apto será expedido Certificado de Aptidão Física e Mental, certificando a aptidão do candidato para o exercício do cargo. |

RELAÇÃO DE EXAMES MÉDICOS E LABORATORIAIS PARA INGRESSO NO SERVIÇO PÚBLICO

(Conforme Memorando N. 144/CEPEM/GAB/SEAD, De 1/8/2012)

| ITEM | EXAME |
|--------------------|---|
| 1 | Raios-X total da coluna vertebral com laudo radiológico (exceto para grávida) |
| 2 | Avaliação Ortopédica (baseada no exame geral do candidato e nos Raios X de coluna total) |
| 3 | Avaliação Psiquiátrica |
| 4 | Avaliação Ginecológica incluindo a apresentação de exames de Colpocitologia Oncótica e Parasitária, Ultra-sonografia Pélvica e Ultra-sonografia das Mamas (após os 40 anos de idade a Ultra-sonografia das mamas deve ser substituída pela Mamografia com respectivo Laudo do Radiologista) |
| 5 | Avaliação Dermatoneurológica |
| 6 | Avaliação Oftalmológica |
| 7 | Avaliação Otorrinolaringológica com Audiometria (para professores, orientadores educacionais, motoristas, telefonistas e operadores de maquinas pesadas); |
| 8 | Avaliação Cardiológica detalhada no exame geral do candidato e no Eletrocardiograma (para todas as idades e com ECG acompanhado da respectiva interpretação) |
| 9 | Raio-X do tórax em PA com laudo radiológico (exceto para grávida) |
| 10 | Sangue: VDR – Glicemia – Hemograma – Ácido Úrico – Ureia – Creatinina – Lipidiograma – Sorologia para Chagas – TGP e TGO – HBSag – AntiHBS - AntiHCV |
| 11 | Escarro: BAAR |
| 12 | Urina: EAS – Toxicologia (Cocaína e Maconha) |
| 13 | Avaliação de Clínico Geral baseada no exame geral do Candidato e nos exames listados nos itens de n. 9,10,11,12 e 13 desta Relação |
| 14 | PSA Total (para homens acima de 40 anos) |
| 15 | Radiografia de Bacia |
| 16 | Radiografia de tórax padrão – OIT |
| OBSERVAÇÕES | |

1. As Avaliações Médicas dever ser apresentadas ao CEPEM/SEGEP, sob a forma de Laudos.
2. Os exames terão validade por 90 dias, Mamografia por 2 anos e Colpocitologia Oncótica e Parasitarium por 1 ano a contar da data de sua expedição; Ultrassonografias a critério do perito médico;
3. Os exames e as avaliações médicas poderão ser realizados na rede SUS como também na rede particular;
4. Os Laudos Médicos emitidos fora do Estado de Rondônia deverão conter o Reconhecimento de Firma do Médico emissor dos mesmos;
5. A Junta Médica Oficial do Estado de Rondônia (CEPEM), no ato da apresentação dos Laudos médicos e dos exames complementares, se julgarem necessário, poderá solicitar outros exames que porventura não constem nesse anexo.
6. O candidato deve efetuar agendamento para execução do exame médico pericial no CEPEM, situada a Avenida Governador Jorge Teixeira, 3862, Bairro Industrial, Porto Velho – RO (Anexo a Policlínica Oswaldo Cruz – POC – Bloco Dendê).
7. Após a inspeção médica, de posse do Certificado de Aptidão Física e Mental, o candidato deverá ordenar os documentos exigidos, constantes no anexo III, deste Edital, e envia-los escaneados em arquivo único em PDF. a Equipe de Posse/GCP/SEGEP, da Superintendência Estadual de Gestão de Pessoas no e-mail: gdrhsead@gmail.com, para fins de efetivação de sua posse.

ANEXO III – DOCUMENTAÇÃO PARA A POSSE

1. O candidato deverá ordenar os documentos exigidos, constantes no anexo III, deste Edital, e envia-los escaneados em arquivo único em PDF, á Equipe de Posse/GCP/SEGEP, da Superintendência Estadual de Gestão de Pessoas através do e-mail: gdrhsead@gmail.com, para fins de efetivação de sua posse.

2. DOCUMENTOS RECEBIDOS – PRESTAÇÃO DE CONTAS TCER/RO E CADASTRO SEGEP

| ITEM | DOCUMENTOS | OBSERVAÇÃO |
|------|--|--|
| 1 | Cédula de Identidade | - |
| 2 | CPF/MF (não sendo aceito a numeração disponibilizada em outros documentos de identificação). Em caso de 2ª via, o mesmo pode ser expedido através da internet. | www.receita.fazenda.gov.br |
| 3 | Comprovantes de Escolaridade/Habilitação devendo está de acordo com Anexo II - Requisito/Escolaridade do Edital n. 006/GDRH/SEAD, de 10 de janeiro de 2013. Retificado pelo Edital n. 007/GDRH/SEAD, de 11 de janeiro de 2013 e pelo Edital n. 009/GDRH/SEAD, de 16 de janeiro de 2013. E | - |

| ITEM | DOCUMENTOS | OBSERVAÇÃO |
|------|--|------------|
| | ainda, ter o reconhecimento de órgão oficial. Não será aceito outro tipo de comprovação que não esteja de acordo com o previsto. | |
| 4 | Registro no Conselho de Classe competente para os cargos que couberem. | - |
| 5 | Declaração do candidato informando <u>se ocupa ou não</u> cargo público (<u>ou aposentadoria dele decorrente</u>). Caso ocupe, deverá apresentar também Certidão, expedida pelo órgão empregador contendo as seguintes especificações: o cargo, escolaridade exigida para o exercício do cargo, a carga horária contratual, o vínculo jurídico do cargo, dias, horários, escala de plantão e a unidade administrativa em que exerce suas funções. | - |
| 6 | Declaração do candidato informando <u>se exerce</u> Atividade Em Empresa Privada, Sociedade Civil ou Exercício de Comércio | - |
| 7 | Declaração de <u>existência ou não</u> de demissão por justa causa ou a bem do Serviço Público De emissão do próprio candidato. | - |
| 8 | Declaração informando sobre a <u>existência ou não</u> de Investigações Criminais, Ações Cíveis, Penais ou Processo Administrativo em que figure como indiciado ou parte. De emissão do próprio candidato. | - |

3. DOCUMENTOS RECEBIDOS – CADASTRO SEGEP

| ITEM | DOCUMENTOS | OBSERVAÇÃO |
|------|---|--|
| 9 | Certidão de Nascimento ou Casamento | - |
| 10 | Certidão de Nascimento dos Dependentes Legais | Menores de 18 Anos de Idade |
| 11 | Cartão de Vacina dos Dependentes | Menores de 5 (cinco) anos de idade |
| 12 | Titulo de Eleitor | - |
| 13 | Cartão do Programa de Integração Social – | Se o candidato não for cadastrada deverá |

| ITEM | DOCUMENTOS | OBSERVAÇÃO |
|------|--|---|
| | PIS ou Programa de Assistência ao Servidor Público – PASEP. | Declarar não ser cadastrada. |
| 14 | Declaração de Imposto de Renda ou Certidão Conjunta Negativa de Débitos Relativos aos Tributos Federais e à Dívida Ativa da União, atualizada. | Site da Receita Federal |
| 15 | Certificado de Reservista | Destinada ao sexo masculino |
| 16 | Comprovante de Residência | Caso o comprovante não esteja em nome do candidato, apresentar Declaração do proprietário do imóvel que ali reside ou cópia do contrato de locação. |
| 17 | Comprovante de Conta Corrente do Banco do Brasil (Pessoa Física), caso possua. | Se não possuir solicitar declaração para abertura da conta à GCP/SEGEP no ato da Posse. |
| 18 | Comprovante que está quite com a Justiça Eleitoral. | www.tre.gov.br |
| 19 | Prova de Quitação com a Fazenda Pública do Estado de Rondônia. | www.sefin.ro.gov.br |
| 20 | Certidão Negativa expedida pelo Tribunal de Contas do Estado de Rondônia. | www.tce.ro.gov.br |
| 21 | Certificado de Sanidade Física e Mental, expedido pela Junta Médica Oficial do Estado de Rondônia. | - |
| 22 | Carteira de Trabalho e Previdência Social – CTPS. | Cópia das paginas da fotografia e da Identificação |
| 23 | Uma Fotografia 3x4, recente/colorida | - |
| 24 | Certidão Negativa da Justiça Federal, da comarca aonde residiu nos últimos 5 (cinco) anos. | www.justicafederal.jus.br |
| 25 | Certidão Negativa expedida pelo Cartório de Distribuição Cível e Criminal do Fórum da Comarca, de residência do candidato no Estado de Rondônia ou da Unidade da Federação em que tenha residido nos | Podendo ser emitida através de site específico do Órgão, |

| ITEM | DOCUMENTOS | OBSERVAÇÃO |
|------|--|------------|
| | últimos 5 (cinco) anos. | |
| 26 | Caso o nome do candidato tenha sofrido alterações, a mesma deverá <u>declarar a mudança ocorrida</u> , devendo ser comprovada através de documento oficial. | - |

ANEXO IV - REQUERIMENTO PRORROGAÇÃO DE POSSE

Ao Excelentíssimo Senhor

Silvio Luiz Rodrigues da Silva

Superintendente Estadual de Gestão de Pessoas

Complexo Rio Madeira, Edifício Rio Cautário, Curvo 2, 1º Andar, à Avenida Farquar, 2986, Bairro Pedrinhas, CEP: 76.801-470 - Porto Velho - RO.

“Lei Complementar n. 068/1992...”

“Art. 17 - A posse dar-se-á pela assinatura do respectivo termo, no qual o servidor se comprometerá a cumprir fielmente os deveres do cargo.”

“§ 1º - A posse ocorrerá no prazo de 30 (trinta) dias contados da publicação do ato de nomeação, prorrogável por mais 30 (trinta) dias, a requerimento do interessado.”

Candidato: _____
_____, CPF n. _____, RG n. _____
_____, endereço: _____

telefone para contato: (____) _____, e-mail _____, nomeada através do Decreto n. . 25.707, de 30 de dezembro de 2020, publicado no Diário Oficial do Estado de Rondônia, edição n. 253, de 30 de dezembro de 2020, para posse do cargo de _____, com lotação em Unidade da Secretaria de Estado da Saúde – SESAU/RO, localizada em _____. Vem mui respeitosamente requerer de V Exa. Prorrogação de Posse, por até **30 (trinta)** dias, de acordo com o § 1º do artigo 17, da Lei Complementar n. 68, de 9 de dezembro de 1992.

| EVENTO/JUNTA MÉDICA | PRAZOS |
|---|---------------------------|
| Apresentação de Exames Médicos | 30/12/2020 a 28/1/2021 |
| Apresentação dos Exames Médicos, com Prorrogação de Posse. | 30/12/2020 a 27/2/2021 |
| EVENTOS/GCP/SEGEP | PRAZOS |
| Pedido de Prorrogação de Posse, podendo ser enviados, via Correios, sendo considerada a data da postagem. | 30/12/2020 a 28/1/2021 |
| Conferência da Documentação e Posse, com Prorrogação de Posse. | 30/12/2020 a |

Nestes Termos,
Peço Deferimento.

Local

____/____/____
Data

1. Podendo ser enviado no email gdrhsead@gmail.com.
2. Anexar cópia da Carteira de Identidade do candidato

Assinatura do (a) Candidato (a)

ANEXO V – FORMULÁRIO DE CADASTRAMENTO DE DADOS

O candidato deverá preencher o presente formulário de forma digitada para enviá-lo juntamente com a documentação à GCP/SEGEP, para fins de implantação no Sistema Governança.

1. Nome do (a) Candidato (a):

2. Mudança do Nome do (a) Candidato (a):

o do RG: _____ Órgão Expedidor: _____, Data Expedição: _____
Número

3. Número do CPF: ____/____/____ - _____, Número do PASEP:

4. Número do Título de Eleitor: _____, Zona: _____, Seção: _____,
Local: _____/_____, Data da Expedição do Título: ____/____/____

5. Número da CTPS: _____, Série: _____,
Local: _____/_____/_____.
Data da Expedição

6. Certificado de Reservista: _____, Categoria: _____,
Local: _____, Ano: _____

7. Data Nascimento: ____/____/____, Estado Civil: _____,
Sexo: _____, Cor: _____

8. Nacionalidade: _____
Naturalidade: _____/_____
Localidade Estado

9. Escolaridade: Nível Médio () Nível Superior () Qual Curso:
_____, Ano Conclusão: _____

10. Nome do Cônjuge: _____
Número CPF Cônjuge: ____/____/____ - _____

11. Endereço Completo do (a) Candidato (a): Rua:
_____, número _____

Bairro: _____, município:
_____, Estado: _____ - CEP: _____

12. Telefone Fixo: _____, Celular:
_____, E-mail: _____

13. Nome da Mãe: _____
Data Nascimento da Mãe: ____/____/____

14. Nome do Pai: _____
Data Nascimento do Pai: ____/____/____

15. Conta Corrente/Pessoa Física/Banco do Brasil: _____ - Agência:

16. Lotação/Localidade: _____, Local de Trabalho:

17. Cargo: _____ Carga Horária: _____

_____, ____/____/____

Local

Data

_____ Unidade lotação

Observações:

O preenchimento de todos os campos deste formulário é obrigatório.

O presente formulário deverá ser enviado juntamente com a documentação referenciada no Anexo III.