

GOVERNO DO ESTADO DE RONDÔNIA
Superintendência Estadual de Gestão de Pessoas - SEGEP

EDITAL Nº 437/2023/SEGEPCP

O Superintendente Estadual de Gestão de Pessoas, Senhor Silvio Luiz Rodrigues da Silva, no uso de suas atribuições legais, considerando os termos do Ofício nº 47302/2023/SESAU-NRS ([0043638282](#)) e Errata ([0044108085](#)), constante do Processo SEI n. 0036.031778/2023-58, em cumprimento ao Edital n. 375/2023/SEGEPCP, **CONVOCA os candidatos aprovados e classificados** no processo seletivo simplificado para contratação temporária de Médico Clínico Geral e Médico Especialista, com carga horária de 40 horas e 20 horas semanais, para atender, no âmbito da Secretaria de Estado da Saúde – SESAU/RO, as Unidades de Saúde Pública Estadual dos municípios de Ariquemes, Buritis, Cacoal, Extrema, Porto Velho e São Francisco do Guaporé, nos termos do Edital n. 400/2023/SEGEPCP, devidamente retificado pelo Edital 412/2023/SEGEPCP, para **apresentação de documentação, assinatura de contrato e início imediato das atividades**, conforme especificados nos itens e anexos a seguir:

1. Ficam convocados os candidatos elencados no Anexo I do presente Edital para apresentação de documentação, assinatura de contrato e início imediato das atividades.
2. Os candidatos convocados no Anexo I deste Edital deverão providenciar os documentos elencados no Anexo II deste Edital e enviá-los no e-mail: processoseletivo@sesau.ro.gov.br, devidamente digitalizados na ordem da listagem, em arquivo ÚNICO, em formado PDF, cuja mensagem deverá conter o assunto padrão: "nome - cargo - telefone - documentos para contratação", **impreterivelmente, até o dia 08/12/2023, sendo esta data improrrogável.**
 - 2.1. Serão desconsiderados os documentos enviados por outros meios que não sejam pelo e-mail previsto no item 2 deste Edital.
 - 2.2. Serão desconsiderados os documentos enviados fora do prazo previsto item 2 deste Edital.
3. O procedimento de análise de documentação, dos requisitos mínimos, condições para assinatura do contrato, entre outros procedimento para contratação seguirão as disposições do Edital n.375/2023/SEGEPCP e suas retificações, assim como as legislações e demais normas em vigor.
4. O candidato convocado para apresentação de documentos e assinatura do Contrato Temporário que não comparecer dentro do prazo previsto no

item 2 do presente Edital será tido como desistente, podendo, a Superintendência Estadual de Gestão de Pessoas, convocar o próximo candidato aprovado, obedecida rigorosamente à ordem de classificação para a devida substituição e contratação, conforme subitem 15.4 do Edital n. 375/2023/SEGEP-GCP.

DOS ANEXOS:

ANEXO I - RELAÇÃO DOS CONVOCADOS

ANEXO II - DOCUMENTOS PARA ASSINATURA DE CONTRATO

ANEXO III - FORMULÁRIO DE CADASTRAMENTO DE DADOS

Porto Velho/RO, 1 de dezembro de 2023.

SILVIO LUIZ RODRIGUES DA SILVA

Superintendente SEGEP/RO

ANEXO I - RELAÇÃO DOS CANDIDATOS CONVOCADOS

RELAÇÃO DOS CANDIDATOS CONVOCADOS									
MÉDICO CLINICO GERAL 40H									
ESPECIALIDADE: MÉDICO CLINICO GERAL 40H			PORTO VELHO						
Inscrição	CPF	NOME	NASCIMENTO	P C D	CARGO	LOCALIDADE	STATUS	CLASSIFICAÇÃO	
657	***.***.202-00	CAMILA FREIRE DA SILVA	31/12/1988	N	MÉDICO CLINICO GERAL 40H	PORTO VELHO	Aprovado	55º	
773	***.***.542-06	NATÁLIA GONÇALVES SANTOS	15/02/1989	N	MÉDICO CLINICO GERAL 40H	PORTO VELHO	Aprovado	56º	
793	***.***.662-77	NÁDIA MARIANO SIQUEIRA	7/11/1988	N	MÉDICO CLINICO GERAL 40H	PORTO VELHO	Aprovado	57º	
234	***.***.062-75	JÉSSICA FÉLIX NOBRE WIETZK	11/11/1990	N	MÉDICO CLINICO GERAL 40H	PORTO VELHO	Aprovado	58º	

		OSKI						
34	***.***. 622-84	CYNTHIA DETTMANN DE MELLO RASUL	5/8/1992	N	MÉDICO CLINICO GERAL 40H	PORTO VELHO	Aprovado	59º
500	***.***. 272-01	RAYRA MENEZES DE ALMEIDA	12/2/1994	N	MÉDICO CLINICO GERAL 40H	PORTO VELHO	Aprovado	60º
508	***.***. 062-20	LORRANY ALONSO QUENCA	20/12/1994	N	MÉDICO CLINICO GERAL 40H	PORTO VELHO	Aprovado	61º
708	***.***. 802-14	JOSIEL NEVES DA SILVA	16/07/1995	N	MÉDICO CLINICO GERAL 40H	PORTO VELHO	Aprovado	62º
15	***.***. 602-30	INGRID RAVENNA LIBERALINO LIMA	27/04/1995	N	MÉDICO CLINICO GERAL 40H	PORTO VELHO	Aprovado	63º
351	***.***. 682-03	IARA VAZ LOPES	3/10/1995	N	MÉDICO CLINICO GERAL 40H	PORTO VELHO	Aprovado	64º
412	***.***. 402-48	CLARA VALENTINA MIRANDA PARRA	18/05/1996	N	MÉDICO CLINICO GERAL 40H	PORTO VELHO	Aprovado	65º
MÉDICO CLINICO GERAL 40H								
ESPECIALIDADE:		MÉDICO CLINICO GERAL 40H	CACOAL					
Inscrição	CPF	NOME	NASCIMENTO	P C D	CARGO	LOCALIDADE	STATUS	CLASSIFICAÇÃO
99	***.***. 861-91	CRISTIANO COELHO DA NATIVIDADE	1/25/1982	N	MÉDICO CLINICO GERAL 40H	CACOAL	Aprovado	18º
756	***.***. 602-63	LAERTE AGUIAR RODRIGUES	28/09/1985	N	MÉDICO CLINICO GERAL 40H	CACOAL	Aprovado	19º
51	***.***. 842-20	EDNALDO HENRIQ	18/02/1986	N	MÉDICO CLINICO GERAL 40H	CACOAL	Aprovado	20º

		UE CRUZ SANTOS						
270	***.***. 911-88	KEYNNA JEYSE SODRÉ	20/07/19 88	N	MÉDICO CLINICO GERAL 40H	CACOAL	Aprov ado	21º
145	***.***. 030-31	VALESK A VALIATI	18/06/19 89	N	MÉDICO CLINICO GERAL 40H	CACOAL	Aprov ado	22º
522	***.***. 252-04	CHARLE S RENAN BATISTA FARIA	15/11/19 89	N	MÉDICO CLINICO GERAL 40H	CACOAL	Aprov ado	23º
MÉDICO CLINICO GERAL 40H								
ESPECIALIDADE:		MÉDICO CLINICO GERAL 40H	BURITIS					
Inscri ção	CPF	NOME	NASCIME NTO	P C D	CARGO	LOCALID ADE	STATU S	CLASSIFIC AÇÃO
13	***.***. 992-00	CAMILA MARCIE LE CAETAN O DE SA	11/24/19 87	N	MÉDICO CLINICO GERAL 40H	BURITIS	Aprov ado	5º
MÉDICO CLINICO GERAL 20H								
ESPECIALIDADE:		MÉDICO CLINICO GERAL 20H	PORTO VELHO					
Inscri ção	CPF	NOME	NASCIME NTO	P C D	CARGO	LOCALID ADE	STATU S	CLASSIFIC AÇÃO
211	***.***. 882-87	JEOVA SANTOS DA SILVA	6/30/197 8	N	MÉDICO CLINICO GERAL 20H	PORTO VELHO	Aprov ado	2º
ESPECIALIDADE:		GINECO- OBSTETRA-40H	PORTO VELHO					
Inscri ção	CPF	NOME	NASCIME NTO	P C D	CARGO	LOCALID ADE	STATU S	CLASSIFIC AÇÃO
449	***.***. 962-15	CRISTHI ANE TAIMAR A HAITO	14/06/19 88	N	GINECO-OBSTETRA-40H	PORTO VELHO	Aprov ado	3º
ESPECIALIDADE:		ULTRASSONOGRAFISTA(GERA L+OBST)-40H	PORTO VELHO					
Inscri ção	CPF	NOME	NASCIME NTO	P C D	CARGO	LOCALID ADE	STATU S	CLASSIFIC AÇÃO
353	***.***. 172-00	JULIANA DE SÁ	20/03/19 85	N	ULTRASSONOGRAFISTA(GE RAL+OBST)-40H	PORTO VELHO	Aprov ado	6º

		PINHEIRO						
606	***.***. 262-15	IRVIN COSTA TOURINHO	2/2/1993	N	ULTRASSONOGRAFISTA(GERAL+OBST)-40H	PORTO VELHO	Aprovado	7º
589	***.***. 568-25	PRISCILLA EMIGASPARINI TODA	19/06/1984	N	ULTRASSONOGRAFISTA(GERAL+OBST)-40H	PORTO VELHO	Aprovado	8º
ESPECIALIDADE: OFTALMOLOGISTA GERAL-40H		PORTO VELHO						
Inscrição	CPF	NOME	NASCIMENTO	P C D	CARGO	LOCALIDADE	STATUS	CLASSIFICAÇÃO
223	***.***. 505-86	CAMILA MAIA VALENTE	8/5/1988	N	OFTALMOLOGISTA GERAL-40H	PORTO VELHO	Aprovado	3º
407	***.***. 442-47	RENAN MARGAS DE SIQUEIRA	20/08/1991	N	OFTALMOLOGISTA GERAL-40H	PORTO VELHO	Aprovado	4º
MÉDICO ESPECIALISTA 20H								
ESPECIALIDADE: PEDIATRA-20H		PORTO VELHO						
Inscrição	CPF	NOME	NASCIMENTO	P C D	CARGO	LOCALIDADE	STATUS	CLASSIFICAÇÃO
274	***.***. 692-00	FRANCIS CARVALHO ARAUJO	9/17/1988	N	PEDIATRA-20H	PORTO VELHO	Aprovado	11º

ANEXO II - DOCUMENTOS PARA ASSINATURA DE CONTRATO

DOCUMENTOS PARA ASSINATURA DE CONTRATO - Conforme Edital n. 375/2023/SEGEP-GCP		
Item	Documento	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	Comprovante de Escolaridade/Habilitação, de acordo com as	

	exigências do Edital n. 375/2023/SEGEP-GCP.	
4	Comprovação de inscrição no Registro Profissional DO Conselho Regional Equivalente, se existente.	
5	Declaração do candidato informando se ocupa ou não cargo público. Obs.: 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 (se for o caso) e a unidade administrativa em que exerce suas funções.	
6	Declaração do candidato de existência ou não de demissão por justa causa ou a bem do Serviço Público (sujeito a comprovação junto aos órgãos competentes).	
7	Declaração do candidato informando sobre a existência ou não de Investigações Criminais, Ações Cíveis, Penais ou Processo Administrativo em que figure como indiciado ou parte, com firma reconhecida, (sujeito a comprovação junto aos órgãos competentes).	
8	Certidão de Nascimento ou Casamento	
9	Certidão de Nascimento dos Dependentes Legais	Menores de 18 (dezoito) Anos
10	Cartão de Vacina dos Dependentes	Menores de 5 (cinco) anos
11	Titulo de Eleitor	
12	Cartão do Programa de Integração Social – PIS ou Programa de Assistência ao Servidor Público – PASEP (se o candidato não for cadastrado deverá Declarar não ser cadastrado)	
13	Certificado de Reservista	
14	Comprovante de Residência (caso o comprovante não esteja em nome do candidato, apresentar Declaração do proprietário do imóvel que ali reside ou se for o caso cópia do contrato de locação).	
15	Comprovante de conta corrente do Banco do Brasil (Pessoa Física). Caso o candidato não possua a conta corrente, a Administração Estadual promoverá a abertura de conta salário.	
16	Comprovante que está quite com a Justiça Eleitoral.	www.tre.gov.br
17	Prova de Quitação com a Fazenda Pública do Estado de Rondônia.	www.sefin.ro.gov.br
18	Certidão Negativa expedida pelo Tribunal de Contas do Estado de Rondônia.	www.tce.ro.gov.br
19	testado de Sanidade Física e Mental (*)	
20	Cópia da Carteira de Trabalho e Previdência Social – CTPS.	
21	Fotografia 3x4.	
22	Certidão Negativa da Justiça Federal Cível e Criminal, da comarca aonde residiu nos últimos 5 (cinco) anos. Mais autenticação eletrônica, caso o sistema do órgão emitente disponibilizar.	www.justicafederal.jus.br

23	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 últimos 5 (cinco) anos. Mais autenticação eletrônica, caso o sistema do órgão emitente disponibilizar.	Site específico do órgão da comarca onde residiu nos últimos 5 (cinco) anos.
24	Caso o nome do (a) candidato (a) tenha sofrido alterações, o (a) mesmo (a) deverá declarar a mudança ocorrida, devendo ser comprovada através de documento oficial.	

(*) O candidato inscrito na condição de Pessoa com Deficiência, convocado para assinatura de contrato, deverá se submeter à perícia médica realizada pela Junta Médica Oficial do Estado de Rondônia, que terá decisão terminativa sobre a qualificação e aptidão do candidato, observada a compatibilidade da deficiência que possui com as atribuições do emprego. O **candidato deverá apresentar** o original ou cópia autenticada do laudo médico atestando a espécie e o grau ou nível da deficiência, com expressa referência ao código correspondente da Classificação Internacional de Doença – CID, bem como a provável causa da deficiência, no caso de candidato concorrendo à vaga como PCD.

ANEXO III - FORMULÁRIO DE CADASTRAMENTO DE DADOS

Os candidatos deverão preencher o presente formulário de forma digitada para enviá-lo juntamente com a documentação, para fins de implantação no Sistema Governa.

Nome do (a) Candidato

Mudança do Nome do (a) Candidato

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

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

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

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

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

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

Nacionalidade: _____

Naturalidade: _____/_____

Localidade Estado

Escolaridade: Nível Médio () Nível Superior () Qual Curso: _____

Ano Conclusão: _____

Nome do Cônjuge: _____, Número CPF Cônjuge: ____/____/____ - _____

Endereço Completo do (a) Candidato (a): Rua: _____, número _____, Bairro: _____, município: _____, Estado: _____ - CEP: _____

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

Nome da Mãe: _____, Data Nascimento da Mãe: ____/____/____

Nome do Pai: _____, Data Nascimento do Pai: ____/____/____

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

Lotação/Localidade: _____, Local de Trabalho: _____

Cargo: _____ Carga Horária: _____

_____, ____/____/____

Local Data Assinatura

Observações:

O preenchimento de todos os campos deste formulário é obrigatório.

O presente formulário deverá ser enviado juntamente com a documentação referenciada no Item 2 do presente Edital.