

**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

CEP 86820-000 – Califórnia - Paraná

E-mail: saudecalifornia@hotmail.com

Fone: (043) 3429-1876 e (043) 3429-1975

**ANEXO I****FICHA DE INSCRIÇÃO****PROCESSO SELETIVO SIMPLIFICADO (PSS) Nº 065/2021**

<b>Nome completo, sem abreviações:</b>			
<b>Data de nascimento:</b>	<b>Doc. de Identidade (RG) nº:</b>	<b>Órgão Emissor:</b>	<b>CPF/MF nº:</b>
<b>Título Eleitoral:</b>		<b>Estado Civil</b>	<b>Nº Filhos</b>
<b>Endereço Completo:</b> Rua/Av. _____ nº _____ Bairro: _____ CEP: _____ Cidade: _____ Estado: _____			
<b>Celular com DDD:</b>	<b>Telefone Fixo com DDD:</b>		
<b>E-mail:</b>			
<b>Grau de Escolaridade:</b> ( ) Superior Completo                      ( ) Superior Incompleto                      ( ) Nível Médio Completo			
<b>Cargo Pretendido:</b> ( ) Agente Comunitário de Saúde			
<b>Deseja concorrer às vagas de Portadores de Necessidades Especiais (PcD):</b> ( ) Sim                                              ( ) Não			
<b>Deseja concorrer as vagas de pessoas afrodescendentes</b> ( ) Sim                                              ( ) Não			
<b>Declaração:</b> Declaro que todas as informações aqui prestadas são verdadeiras e por elas assumo integral responsabilidade, e possuo nesta data todos os requisitos exigidos para concorrer no Processo Seletivo Simplificado. Fico ciente que a presente inscrição será tornada sem efeito caso se demonstre a falsidade das declarações ou deixe de fazer as provas que conheço e estou de acordo com o contido no Edital do Processo Seletivo Simplificado (PSS) n.º 065/2021.			
<b>Data:</b>	<b>Assinatura do Candidato:</b>		



## SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

CEP 86820-000 – Califórnia - Paraná

E-mail: saudecalifornia@hotmail.com

Fone: (043) 3429-1876 e (043) 3429-1975

### ANEXO II

#### LISTA DE CONFERÊNCIA DE DOCUMENTOS QUE ACOMPANHAM A FICHA DE INSCRIÇÃO PROCESSO SELETIVO SIMPLIFICADO (PSS) Nº 065/2021

<b>Nome do Candidato:</b>	
<b>Tipo dos Documentos</b>	<b>Conferência</b>
<b>Fotocópias</b>	<b>Apresentou?</b>
Documento de Identidade – RG	( ) Sim ( ) Não
Comprovante de residência	( ) Sim ( ) Não
Cartão do Cadastro de Pessoa Física do Ministério da Fazenda, CPF/MF.	( ) Sim ( ) Não
Diploma original de conclusão da escolaridade no Curso exigido para o cargo ou fotocópia autenticada ou declaração emitida pela instituição de ensino	( ) Sim ( ) Não
Documentos que possibilitem a pontuação de seus títulos.	( ) Sim ( ) Não
Cópia da carteira de trabalho ou documentos que possibilitem a pontuação de sua experiência profissional.	( ) Sim ( ) Não
<b>Cargo Pretendido:</b> ( ) Agente Comunitário de Saúde	
<b>Data:</b> _____/_____/2021	<b>Nome do Funcionário Responsável pela Inscrição:</b>
<b>Assinatura do Candidato:</b>	

Declaro que no momento da inscrição, todas as páginas foram numeradas e rubricadas, totalizando \_\_\_\_\_ páginas.



## SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

CEP 86820-000 – Califórnia - Paraná

E-mail: saudecalifornia@hotmail.com

Fone: (043) 3429-1876 e (043) 3429-1975

### ANEXO III

#### TABELA PARA PONTUAÇÃO DA PROVA DE TÍTULOS E EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL PROCESSO SELETIVO SIMPLIFICADO (PSS) Nº 065/2021

NOME DO CANDIDATO		
ESCOLARIDADE	MÁXIMO DE PONTOS	TOTAL DE PONTOS
<b>Ensino Superior completo</b>	<b>10 (dez) pontos</b>	
Ensino Superior em curso: Declaração ou Atestado de Matrícula e Frequência	1 por semestre, máximo 9 (nove) semestre – <b>(NESTE ITEM O MÁXIMO É DE 9 PONTOS)</b>	
Certificado de conclusão de curso de pós-graduação em nível de especialização lato sensu, com carga horária mínima de 360 horas, na área específica para cada cargo.	<b>2 (dois) pontos para cada pós</b> , limitando ao máximo de 3 (três) pós <b>(NESTE ITEM O MÁXIMO É 6 PONTOS)</b>	
Certificado de conclusão de curso de mestrado em nível de especialização stricto sensu, com carga horária mínima de 360 horas, na área específica para cada cargo.	<b>8 (oito) pontos</b> <b>(NESTE ITEM O MÁXIMO É 8 PONTOS)</b>	
Certificado de conclusão de curso de doutorado em nível de especialização stricto sensu, com carga horária mínima de 720 horas, na área específica para cada cargo.	<b>10 (dez) pontos</b> <b>(NESTE ITEM O MÁXIMO É 10 PONTOS)</b>	
APERFEIÇOAMENTO PROFISSIONAL	MÁXIMO DE PONTOS	TOTAL DE PONTOS
Certificado ou frequência detalhada de curso (s) de capacitação/formação continuada concluídos em atividades ou cargos equivalentes com <b>carga horária total mínima de 20 (vinte) horas</b>	<b>0,2 (dois décimos) por capacitação</b> , limitando a 5 (cinco) capacitações <b>(NESTE ITEM O MÁXIMO É 1 PONTO)</b>	
TEMPO DE SERVIÇO	MÁXIMO DE PONTOS	TOTAL DE PONTOS
Exercício de atividade profissional no cargo pretendido no período de 01/04/2011 a 01/04/2021.	2 (dois) pontos para cada ano trabalhado. <b>(NESTE ITEM O MÁXIMO É 20 PONTOS)</b>	
<b>TOTAL DE PONTOS GERAL</b>	<b>55 PONTOS</b>	
ASSINATURA DO CANDIDATO		
<b>ASSINATURA EXAMINADOR 1</b>	<b>ASSINATURA EXAMINADOR 2</b>	



## SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

CEP 86820-000 – Califórnia - Paraná

E-mail: saudecalifornia@hotmail.com

Fone: (043) 3429-1876 e (043) 3429-1975

### ANEXO IV

### PROCURAÇÃO

### (MODELO)

Eu,.....(nome completo),  
..... (nacionalidade), ..... (profissão), .....  
(estado civil), portador(a) de identidade RG nº ..... UF ....., inscrito no CPF sob o nº  
....., residente e domiciliado no endereço  
..... na cidade de .....,

Estado do .....

NOMEIO E CONSTITUO MEU/MINHA PROCURADOR(A) o(a) Sr.(a)

.....(nome completo),

..... (nacionalidade), ..... (profissão), .....

(estado civil), portador(a) de identidade RG nº ..... UF ....., inscrito no CPF sob o nº

....., residente e domiciliado no

endereço..... na cidade de

....., Estado do ..... com a finalidade de efetuar a inscrição

e/ou apresentar documentação do outorgante à Prefeitura Municipal de Califórnia, por ocasião da:

( ) Inscrição

( ) Apresentação de Documentos para Contratação do PROCESSO SELETIVO SIMPLIFICADO – PSS/PR  
EDITAL 065/2021, para a função de AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE, podendo o outorgado assinar todos  
os atos necessários para o cumprimento do presente.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2021.

(Local e Data)

\_\_\_\_\_  
ASSINATURA DO OUTORGANTE

(reconhecido firma)



## SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

CEP 86820-000 – Califórnia - Paraná

E-mail: saudecalifornia@hotmail.com

Fone: (043) 3429-1876 e (043) 3429-1975

### ANEXO V

#### ATESTADO DE SAÚDE OCUPACIONAL

(MODELO)

Nome: \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

Data de Nascimento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

Função pretendida: AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE

PARECER DO MÉDICO EXAMINADOR

Atesto que o candidato acima descrito foi submetido a Exame Médico e encontra-se:

( ) APTO para exercer a função de AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE, gozando de plena saúde física e mental.

( ) INAPTO para exercer a função de AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE.

**No caso de gestante, informar:**

A gestante encontra-se na \_\_\_\_\_ semana de gestação.

Local: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /2021

Médico Examinador Assinatura e Carimbo/CRM

#### **Para preenchimento do candidato na data de sua contratação**

Eu, \_\_\_\_\_,

RG Nº \_\_\_\_\_, declaro que nesta data de início do meu contrato de trabalho pelo regime especial permaneço em plenas condições de saúde física e mental para desempenhar as atribuições da função para a qual estou sendo contratado.

Local e data: \_\_\_\_\_

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



**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**  
**CEP 86820-000 – Califórnia - Paraná**  
**E-mail: saudecalifornia@hotmail.com**  
**Fone: (043) 3429-1876 e (043) 3429-1975**

**ANEXO VI**

**DECLARAÇÃO DE NÃO ACÚMULO DE CARGO E PROVENTOS DE APOSENTADORIA**

**(MODELO)**

Eu, \_\_\_\_\_, portador de documento de identidade RG nº \_\_\_\_\_, inscrito no CPF sob nº \_\_\_\_\_, em atenção ao disposto no art. 37, § 10, da Constituição Federal, declaro, para os devidos fins, que não recebo outra aposentadoria de Regime Próprio de Previdência Social - RPPS de quaisquer dos membros da Federação e nem acumulo cargo, emprego ou função pública junto a órgãos públicos municipais, estaduais ou federais.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2021.

(Local e Data)

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



## SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

CEP 86820-000 – Califórnia - Paraná

E-mail: saudecalifornia@hotmail.com

Fone: (043) 3429-1876 e (043) 3429-1975

### ANEXO VII

#### DECLARAÇÃO DE ACÚMULO DE CARGO/EMPREGO E PROVENTOS DE APOSENTADORIA

(MODELO)

Eu, \_\_\_\_\_,

portador de documento de identidade RG nº \_\_\_\_\_, inscrito no CPF sob o nº \_\_\_\_\_, em atenção ao disposto no art. 37, § 10, da Constituição Federal, declaro, para os devidos fins, que:

( ) Recebo outra aposentadoria de Regime Próprio de Previdência Social - RPPS referente à inativação no cargo de (nome do cargo) \_\_\_\_\_ que ocupava junto à (nome da entidade) \_\_\_\_\_

( ) Ocupo o cargo/emprego de \_\_\_\_\_ (nome do cargo) junto à (nome da entidade) \_\_\_\_\_, com carga horária semanal de \_\_\_\_\_ horas, no horário das \_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2021.

(Local e Data)

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



## SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

CEP 86820-000 – Califórnia - Paraná

E-mail: saudecalifornia@hotmail.com

Fone: (043) 3429-1876 e (043) 3429-1975

### ANEXO VIII

#### DECLARAÇÃO DE NÃO DEMISSÃO DE SERVIÇO PÚBLICO

(MODELO)

Eu, \_\_\_\_\_, abaixo assinado(a),  
\_\_\_\_\_ (nacionalidade), \_\_\_\_\_ (estado civil), portador(a) de documento de  
identidade RG n.º \_\_\_\_\_ SSP/ \_\_\_\_\_, inscrito (a) no CPF sob o n.º  
\_\_\_\_\_, em atendimento ao Edital 065/2021 da Prefeitura Municipal de Califórnia declaro  
para o fim específico de contratação pelo Processo Seletivo Simplificado que não fui demitido(a) ou exonerado(a)  
do serviço público federal, estadual, distrital ou municipal em consequência de aplicação de pena disciplinar após  
sindicância, nos últimos 5 (cinco) anos, contados de forma retroativa a partir da data da contratação a que se  
refere o presente Edital, e que não perdi o cargo em razão de ordem judicial transitada em julgado a ser cumprida  
ou em cumprimento.

A não veracidade da declaração prestada é considerada como crime de falsidade ideológica, sujeitando-me às  
penas na lei.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2021.

(Local e Data)

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





## SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

CEP 86820-000 – Califórnia - Paraná

E-mail: saudecalifornia@hotmail.com

Fone: (043) 3429-1876 e (043) 3429-1975

### ANEXO IX

#### LAUDO MÉDICO PARA INSCRITOS COMO PESSOA COM DEFICIÊNCIA

(MODELO)

Nome: \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

A - Tipo da Deficiência: \_\_\_\_\_

B – Código CID: \_\_\_\_\_

C – Limitações Funcionais: \_\_\_\_\_

D – Função pretendida: AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE

E - PARECER DO MÉDICO ESPECIALISTA NA ÁREA DA DEFICIÊNCIA

De acordo com a função pretendida, declaro que a deficiência do candidato é:

( ) COMPATÍVEL para exercer a função de AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE.

( ) INCOMPATÍVEL para exercer a função de AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2021.

(Local e Data)

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

\_\_\_\_\_  
ASSINATURA DO MÉDICO EXAMINADOR E CARIMBO/CRM



## SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

CEP 86820-000 – Califórnia - Paraná

E-mail: saudecalifornia@hotmail.com

Fone: (043) 3429-1876 e (043) 3429-1975

### ANEXO X

#### TERMO DE DESISTÊNCIA DO CONTRATO EM REGIME ESPECIAL PROCESSO SELETIVO SIMPLIFICADO (PSS)

(MODELO)

Eu, \_\_\_\_\_, abaixo assinado(a),  
\_\_\_\_\_(nacionalidade), \_\_\_\_\_ (estado civil), portador(a) de documento de  
identidade RG n.º \_\_\_\_\_SSP/ \_\_\_\_\_, inscrito(a) no CPF sob o n.º  
\_\_\_\_\_,desisto, em caráter irrevogável, do Contrato em Regime Especial por meio do  
Processo Seletivo Simplificado – PSS regulamentado pelo Edital 065/2021 do Município de Califórnia/PR, no qual  
fui convocado(a) na data de \_\_\_\_ / \_\_\_\_ /2021.

Declaro estar ciente que, ao assinar a desistência do contrato não poderei assumir vagas em outras convocações.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2021.

(Local e Data)

---

ASSINATURA DO CANDIDATO



## SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

CEP 86820-000 – Califórnia - Paraná

E-mail: saudecalifornia@hotmail.com

Fone: (043) 3429-1876 e (043) 3429-1975

### ANEXO XI

#### INTERPOSIÇÃO DE RECURSO

(MODELO)

RECURSO CONTRA DECISÃO RELATIVA AO PROCESSO SELETIVO SIMPLIFICADO - EDITAL 065/2021, realizado para atender a necessidade da Secretaria Municipal de Saúde de Califórnia – PR.

Eu, \_\_\_\_\_, abaixo assinado(a),  
\_\_\_\_\_ (nacionalidade), \_\_\_\_\_ (estado civil), portador(a) de documento de  
identidade RG n.º \_\_\_\_\_ SSP/\_\_\_\_\_, inscrito no CPF sob o n.º  
\_\_\_\_\_, inscrito no PSS em epígrafe para a vaga de AGENTE COMUNITÁRIO DE  
SAÚDE junto a Secretaria Municipal de Educação de Califórnia – PR, apresento recurso junto à Comissão Especial  
do PSS contra a decisão dos avaliadores.

Interpõe-se o presente recurso pelas seguintes razões (explicar a decisão que gerou a inconformidade)

---

---

---

Os argumentos com os quais contesto a referida decisão são (apresentar os argumentos)

---

---

---

---

---

Para fundamentar o presente recurso, encaminho anexo os seguintes documentos (apontar os documentos) \_\_\_\_\_

---

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2021.

(Local e Data)

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



## SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

CEP 86820-000 – Califórnia - Paraná

E-mail: saudecalifornia@hotmail.com

Fone: (043) 3429-1876 e (043) 3429-1975

### ANEXO XII

#### AUTODECLARAÇÃO DE PESSOA NEGRA

(MODELO)

Eu, \_\_\_\_\_, abaixo assinado(a), \_\_\_\_\_ (nacionalidade), \_\_\_\_\_ (estado civil), portador(a) de documento de identidade RG n.º \_\_\_\_\_ SSP/\_\_\_\_\_, inscrito no CPF sob o n.º \_\_\_\_\_, INSCRITA para a vaga de pessoa negra (preta ou parda) para comprovação de títulos pelo Processo Seletivo Simplificado da Secretaria Municipal de Saúde de Califórnia, declaro, sob as penas da lei, que sou negro de cor:

( ) preta

( ) parda,

Apresentando características fenotípicas negroides, conforme estabelecido neste edital. As informações prestadas nesta declaração são de minha inteira responsabilidade, estando ciente que poderei responder criminalmente no caso de falsidade.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2021.

(Local e Data)

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



## SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

CEP 86820-000 – Califórnia - Paraná

E-mail: saudecalifornia@hotmail.com

Fone: (043) 3429-1876 e (043) 3429-1975

### ANEXO XIII

#### LISTA DE DOCUMENTOS PARA INSCRIÇÃO, COMPROVAÇÃO DE TÍTULOS E CONTRATAÇÃO

#### **1. DOCUMENTOS NECESSÁRIOS PARA INSCRIÇÃO E COMPROVAÇÃO DE TÍTULOS -**

##### **Documentos originais e cópias legíveis (ou cópias autenticadas)**

a) carteira de identidade expedida pelo Instituto de Identificação do Paraná - IIPR/SESP, indispensável para a implantação do pagamento. Será aceito outro documento de identificação onde conste o número do RG do Paraná, desde que neste documento constem todos os dados necessários para o cadastro: nome, data, cidade, estado e país de nascimento, data de emissão do RG, órgão emissor do RG e filiação;

b) CPF: a comprovação pode ser feita por meio da apresentação dos seguintes documentos, desde que conste o número de inscrição do CPF:

1 - Carteira de Identidade;

2 - Carteira Nacional de Habilitação, inclusive a versão digital;

3 - Comprovante de Inscrição no CPF emitido pelas entidades conveniadas à Receita Federal (Banco do Brasil, Correios e Caixa Econômica Federal);

4 - Comprovante de Inscrição no CPF impresso a partir do site ou do aplicativo da Receita Federal;

5 - Outros modelos de cartão CPF emitidos de acordo com a legislação vigente à época.

c) comprovante de endereço atual;

d) Comprovante de Escolaridade informado do Termo de Inscrição

e) Comprovante de Aperfeiçoamento profissional informado no termo de inscrição

f) Comprovante de Tempo de serviço informado no termo de inscrição

( ) CTPS (Setor Privado)

( ) Declaração/Certidão/Portaria/Contrato/Dossiê Histórico-Funcional (setor público)

f) Declaração negativa de benefício aposentadoria emitida nos últimos 6 meses (caso se enquadre no subitem 5.3.6)

g) Laudo médico para inscritos como PcD.

#### **2. DOCUMENTOS PARA CONTRATAÇÃO**



## SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

CEP 86820-000 – Califórnia - Paraná

E-mail: saudecalifornia@hotmail.com

Fone: (043) 3429-1876 e (043) 3429-1975

- a) carteira de identidade expedida pelo Instituto de Identificação do Paraná - IIPR/SESP, indispensável para a implantação do pagamento. Será aceito outro documento de identificação onde conste o número do RG do Paraná, desde que neste documento constem todos os dados necessários para o cadastro: nome, data, cidade, estado e país de nascimento, data de emissão do RG, órgão emissor do RG e filiação;
- b) CPF: a comprovação pode ser feita por meio da apresentação dos seguintes documentos, desde que conste o número de inscrição do CPF:
- 1 - Carteira de Identidade;
  - 2 - Carteira Nacional de Habilitação, inclusive a versão digital;
  - 3 - Comprovante de Inscrição no CPF emitido pelas entidades conveniadas à Receita Federal (Banco do Brasil, Correios e Caixa Econômica Federal);
  - 4 - Comprovante de Inscrição no CPF impresso a partir do site ou do aplicativo da Receita Federal;
  - 5 - Outros modelos de cartão CPF emitidos de acordo com a legislação vigente à época.
- c) Carteira de Trabalho e Previdência Social – CTPS: página da foto e qualificação da identificação do trabalhador;
- d) **cartão do PIS/PASEP**, ou documento oficial emitido pela Caixa Econômica Federal, contendo o número do PIS ou comprovante de número do PIS/PASEP impresso da página do CQC – eSocial, exceto em caso de primeiro emprego, quando o Município de Califórnia será responsável por solicitar o cadastramento do candidato a ser admitido;
- e) comprovante de titular de conta corrente no Banco Itaú, contendo o número da agência e conta;
- f) comprovante de endereço atual;
- g) certificado de reservista ou de dispensa de incorporação, se do sexo masculino até 45 anos na data da contratação;
- h) título de eleitor e comprovante da última votação, ambos podendo ser substituídos pela certidão de quitação eleitoral.
- i) atestado de saúde ocupacional (modelo em anexo), atestando que o candidato possui plenas condições de saúde física e mental para desempenhar as atribuições da função para a qual se inscreveu, emitido por médico registrado no Conselho Regional de Medicina – CRM, ou equivalente, nos 90 (noventa) dias anteriores à contratação. Caso não tenha sido utilizado o modelo, é obrigatória a assinatura da declaração contida no anexo, mesmo se acompanhado de atestado emitido pelo médico;



## SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

CEP 86820-000 – Califórnia - Paraná

E-mail: saudecalifornia@hotmail.com

Fone: (043) 3429-1876 e (043) 3429-1975

- j) certidão negativa de antecedentes criminais da Justiça Estadual emitida por distribuidores ou cartórios criminais ou varas de execução penal em Fóruns do (s) município (s) no (s) qual (ais) o candidato tenha residido/domiciliado nos últimos 5 (cinco) anos, expedida nos 6 (seis) meses anteriores à data da contratação. O candidato é responsável pelas custas da certidão, que tem prazo de expedição definido por cada cartório distribuidor;
- k) Documentos originais utilizados para pontuação no processo seletivo, conforme itens: 5.1, 5.2 e 5.3;
- l) certidão negativa de antecedentes criminais da Justiça Federal. A emissão é solicitada online no site do Ministério da Justiça ou no site da Polícia Federal. Se a certidão não for emitida por qualquer ocorrência, inclusive pela possibilidade de nomes iguais, o interessado deverá obtê-la diretamente no Setor de Certidões no edifício-sede da Justiça Federal do Tribunal Regional Federal da região onde tenha residido/domiciliado nos últimos 5 (cinco) anos ou no edifício-sede da Polícia Federal. A certidão deve ter sido emitida nos 6 (seis) meses anteriores à data da contratação;
- m) declaração de Não Demissão de Serviço Público, modelo Anexo;
- n) declaração de acúmulo de cargos (modelo Anexo).
- o) Certidão de nascimento dos filhos menores de 21 anos, se possuir;
- p) comprovante de CONCLUSÃO do curso e de registro em órgão de classe.
- q) Comprovante de impressão da Consulta à Qualificação Cadastral – CQC – eSocial, sem divergências, que poderá ser obtido no endereço eletrônico do Governo Federal <http://consultacadastral.inss.gov.br/Esocial/pages/index.xhtml>, em cumprimento às disposições contidas no Decreto Federal n.º 8.373/2014 e Resoluções do Comitê Gestor do eSocial (Federal) n.º 1/2015 e n.º 4/2015