

**PROCESSO SIMPLIFICADO DE SELEÇÃO DE PESSOAL DO INSTITUTO NACIONAL DE AMPARO A
MODERNIZAÇÃO DA GESTÃO PÚBLICA – IMODERNIZAR**

RELAÇÃO DOS CONVOCADOS

O Instituto Nacional de Amparo à Modernização da Gestão Pública – IMODERNIZAR, em conformidade com o Processo Seletivo Simplificado, regido pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), com o objetivo de prover vagas complementares e constituir cadastro de reserva para ingresso no quadro de pessoal do Hospital Regional São Vicente de Paula (CNES 3559629 – Propriá/SE), torna a relação dos candidatos **CONVOCADOS** para admissão.

A presente relação considera a cessão de servidores e empregados públicos da Secretaria de Estado da Saúde de Sergipe (SES) / Fundação Hospitalar de Saúde (FHS) do Hospital Regional São Vicente de Paula (CNES 3559629 – Propriá/SE) para o IMODERNIZAR e a **RELAÇÃO DOS APROVADOS** no Processo Seletivo Simplificado, anteriormente divulgada.

Cumpre esclarecer que as convocações ora publicadas correspondem exclusivamente ao quantitativo necessário à suplementação do quadro funcional do Hospital Regional de Propriá, considerando a cessão de servidores efetivos da Secretaria de Estado da Saúde de Sergipe (SES) / Fundação Hospitalar de Saúde (FHS) para esta unidade.

Assim, a admissão dos candidatos aprovados ocorre somente na medida estritamente indispensável ao adequado funcionamento dos serviços assistenciais, preservando-se a proporcionalidade do quadro de pessoal e a economicidade da gestão pública, nos termos do Contrato de Gestão celebrado com o Estado de Sergipe e das normas que regem o processo seletivo.

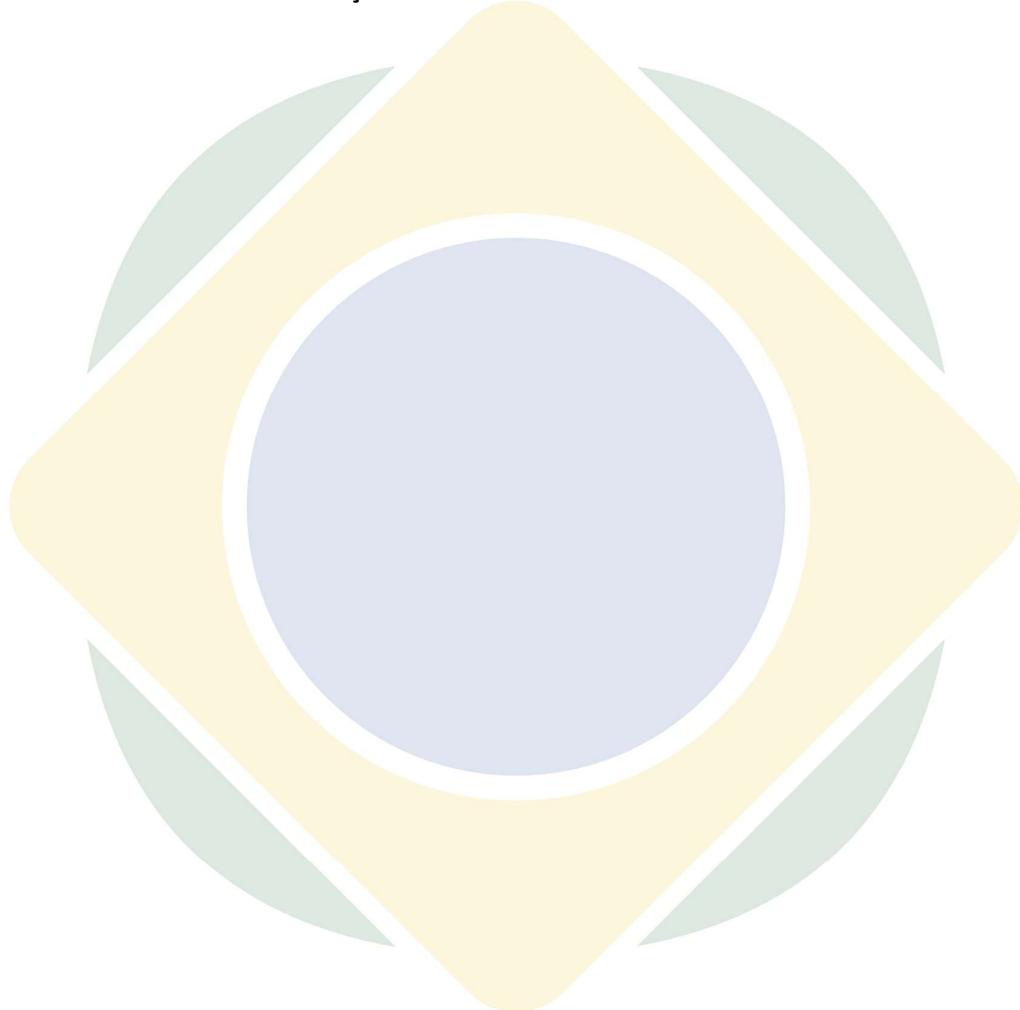
A presente divulgação tem por finalidade assegurar a transparência e a lisura do processo seletivo, em estrita observância aos princípios da administração pública e às diretrizes estabelecidas no edital.

Informamos que a relação, local e data da entrega dos documentos admissionais, constam em anexo a esta lista, bem como, os formulários a serem preenchidos e entregues.

NOME COMPLETO	DATA DE NASCIMENTO	CARGO	COLOCAÇÃO
Andreia da silva nunes	01/11/1984	AUXILIAR DE FARMÁCIA	8
Manoel Messias Silva dos Santos	24/01/1988	MAQUEIRO	9
Sávio Santos viricio	18/11/1995	OFICIAL DE MANUTENÇÃO	5
Joelson Santos de Souza	29/06/1972	OFICIAL DE MANUTENÇÃO	6
Adriano Silva Santos	20/02/2000	PORTEIRO	8
Milena Suane Santos	24/02/1993	RECEPCIONISTA	17

Neyma Santana Rocha	19/07/1983	PSICÓLOGO	4
Sarah Regina Cardozo Barboza Santos	24/09/1981	PSICÓLOGO	5
MANOEL MESSIAS DOS SANTOS FEITOZA	12/06/1980	TEC. INFORMÁTICA	5

NÚCLEO DE RECURSOS HUMANOS
INSTITUTO NACIONAL DE AMPARO A
MODERNIZAÇÃO DA GESTÃO PÚBLICA - IMODERNIZAR



ANEXOS**CRONOGRAMA ENTREGA DE DOCUMENTOS**

CRONOGRAMA ENTREGA DE DOCUMENTOS ADMISSIONAIS HOSPITAL REGIONAL DE PROPRIÁ			
DATA	CARGOS	HORÁRIO	LOCAL
29/10/2025	Todos	14h as 17h	HOSPITAL REGIONAL DE PROPRIÁ



Nome: _____

Telefone: () _____ (WHATSAPP)

Cargo: _____ **Unidade:** Hospital Regional de Propriá

RELAÇÃO DE DOCUMENTOS ADMISSIONAIS

- RG
- CPF (se já tiver no RG não precisa)
- TÍTULO DE ELEITOR
- COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA
- CERTIFICADO/DIPLOMA DE CONCLUSÃO DE ESCOLARIDADE
- CERTIFICADO/DIPLOMA DE CONCLUSÃO DE NÍVEL TÉCNICO
- CERTIFICADO/DIPLOMA DE CONCLUSÃO DE NÍVEL SUPERIOR
- CARTEIRA DO CONSELHO VÁLIDA
- CERTIDÃO DE CASAMENTO (se for casado)
- RG OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO DOS FILHOS CPF DOS FILHOS
- CARTÃO DE VACINA DOS FILHOS DE 0 A 6 ANOS
- ATESTADO DE FREQUÊNCIA ESCOLAR DOS FILHOS DE 7 A 14 ANOS
- NADA CONSTA ÉTICO DO CONSELHO (COREN, CREFITO, CRF E DEMAIS CONSELHOS)
- CARTEIRA DE RESERVISTA OU ALISTAMENTO MILITAR (apenas homens)
- CARTÃO DE VACINAÇÃO
- CNH (MOTORISTA/CONDUTOR DE AMBULÂNCIA)
- DADOS BANCÁRIOS BANESE – APENAS CONTA CORRENTE (comprovante dos dados)
- DECLARAÇÃO DE VÍNCULO PREENCHIDA
- DECLARAÇÃO DE COMPATIBILIDADE DE CARGA HORÁRIA PREENCHIDA
- FICHA CADASTRAL PREENCHIDA

ATENÇÃO:

1. Devem ser entregues cópias legíveis;
2. Documentos não devem ser grampeados;

+55 75 3264-3204

Rua: Padre Argemiro Guimarães, nº 26, Sala Térreo
Núcleo de Assistência Social e 1º andar sede e unidade
administrativa - Centro | Riachão do Jacuípe - BA

www.imodernizar.com.br



FICHA CADASTRAL

Nome: _____

CPF: _____ Unidade: _____

Cargo: _____ Data de Admissão: _____

DADOS BANCÁRIOS

Banco: _____ Corrente Poupança Salário

Conta: _____ Agência: _____

DADOS PESSOAIS

RG: _____ Orgão Emissor: _____ Data de Expedição: _____

Título: _____ Zona: _____ Seção: _____

Endereço: _____ Nº: _____

Bairro: _____ Cidade: _____ CEP: _____

Email: _____ Tel: _____

Data de Nascimento: _____ Estado Civil: _____

Naturalidade: _____ Escolaridade: _____

Nome do Pai: _____

Nome da Mãe: _____

Raça/cor: Indígena Branca Preta Amarela Parda

DEPENDENTES

Nome: _____

Data de Nascimento: _____ CPF: _____

DOCUMENTAÇÃO ANEXA AO CADASTRO (CÓPIAS)

Declaro que todas as informações fornecidas neste cadastro são de minha inteira responsabilidade.

Assinatura do Empregado

DECLARAÇÃO DE VÍNCULO COM A FUNDAÇÃO HOSPITALAR DE SAÚDE (FHS) OU A SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SERGIPE (SES/SE)

Eu, _____, nacionalidade _____, portador(a) do CPF nº _____,
estado civil _____, profissão _____, e do RG nº _____, residente e domiciliado(a) em _____,

DECLARO, sob as penas da lei, para fins de instrução de processo administrativo e/ou contratação, que:

OPÇÃO 1 – INEXISTÊNCIA DE VÍNCULO

Não possuo qualquer vínculo funcional, empregatício ou contratual com a **Fundação Hospitalar de Saúde do Estado de Sergipe – FHS**, nem com a **Secretaria de Estado da Saúde de Sergipe – SES/SE**, seja na condição de servidor(a) efetivo(a), comissionado(a), contratado(a) temporário(a), terceirizado(a), celetista, prestador(a) de serviços ou colaborador(a) vinculado(a) a organização social ou entidade conveniada.

Declaro, ainda, que não mantendo relação indireta com as referidas instituições, inclusive por meio de pessoa jurídica da qual seja sócio(a), representante ou colaborador(a).

OPÇÃO 2 – EXISTÊNCIA DE VÍNCULO

Possuo vínculo ativo com a:

Fundação Hospitalar de Saúde do Estado de Sergipe – **FHS**
 Secretaria de Estado da Saúde de Sergipe – **SES/SE**

Ocupando o cargo/função de _____, com carga horária de _____ horas semanais.

Declaro, por fim, estar ciente de que a falsidade desta declaração configura crime previsto no art. 299 do Código Penal, além de ensejar responsabilidade administrativa e civil, conforme a legislação vigente

_____, ____ de _____ de 2025

(LOCAL/DATA)

ASSINATURA DO DECLARANTE
[NOME COMPLETO]

DECLARAÇÃO DE VÍNCULO PÚBLICO OU DE COMPATIBILIDADE DE CARGA HORÁRIA

Eu, _____, nacionalidade _____, portador(a) do CPF nº _____, residente e domiciliado(a) em _____, estado civil _____, profissão _____, e do RG nº _____,

DECLARO, para os devidos fins, sob as penas da lei, que:

OPÇÃO 1 – INEXISTÊNCIA DE VÍNCULO PÚBLICO

Não posso qualquer vínculo ativo com a Administração Pública direta ou indireta, de qualquer dos entes federativos (União, Estados, Distrito Federal ou Municípios), seja na condição de servidor(a) estatutário(a), empregado(a) público(a), contratado(a) temporário(a), ocupante de cargo em comissão ou de função gratificada, bem como não exerço mandato eletivo.

OPÇÃO 2 – EXISTÊNCIA DE VÍNCULO PÚBLICO COMPATÍVEL

Possuo vínculo público ativo com o(a) _____ (órgão/entidade), ocupando o cargo de _____, com carga horária de _____ horas semanais.

Declaro que o acúmulo de cargos/funções é permitido pela Constituição Federal, nos termos do art. 37, inciso XVI, sendo cargos privativos de profissionais de saúde, com profissões regulamentadas, e que há compatibilidade de horários entre as atividades desempenhadas.

Comprometo-me a comunicar imediatamente à Administração qualquer alteração que venha a implicar incompatibilidade de horários ou descumprimento das normas constitucionais relativas ao acúmulo de cargos públicos.

Declaro, por fim, estar ciente de que a falsidade das informações aqui prestadas constitui infração disciplinar e crime previsto no art. 299 do Código Penal, sujeitando-me às penalidades administrativas, civis e penais cabíveis.

_____, ____ de _____ de 2025

(LOCAL/DATA)

ASSINATURADO DECLARANTE
[NOME COMPLETO]