

CONVOCAÇÃO DO PROCESSO SELETIVO SIMPLIFICADO PARA TÉCNICO ADMINISTRATIVO – ASSISTENTE ADMINISTRATIVO E AGENTE DE VIGILÂNCIA - CAMPUS DE PARAISO DO TOCANTINS

O **PRESIDENTE DA FUNDAÇÃO UNIRG**, no uso de suas atribuições legais e regimentais, por meio da Comissão Permanente Organizadora dos Processos Seletivos Simplificados, nomeada através da Portaria nº 246/2023, **Convoca** os candidatos relacionados abaixo, aprovados no Processo Seletivo Simplificado para contratação temporária de servidor, com objetivo de preenchimento de vaga para o cargo de Técnico de Administrativo – Assistente Administrativo e Agente de Vigilância - Campus de Paraíso do Tocantins –TO, com provimento imediato, nos termos da Lei Municipal nº 1.774/2008 e da Lei Municipal nº 2.392/2018, no que couber e de acordo com as condições estabelecidas no Edital nº 002/2025.

Considerando o subitem 11.4: “Os *candidatos aprovados, que excederem ao número de vagas existentes no edital, poderão ser contratados até o prazo de vigência deste processo seletivo simplificado em função da disponibilidade de vagas futuras*”.

1. A Comissão Organizadora dos Processos Seletivos Simplificados, convoca os candidatos abaixo relacionado, aprovados em cadastro de reserva no Processo Seletivo Simplificado para o cargo de Assistente Administrativo e Agente de Vigilância da Fundação UNIRG – Campus de Paraíso do Tocantins - TO;

CARGO: ASSISTENTE ADMINISTRATIVO – CAMPUS DE PARAISO DO TOCANTINS					
Candidato	CPF	1ª Fase	2ª Fase	Media Final	Classificação
Gabriel Saraiva Fernandes	067.xxx.xxx-18	4,5	9,3	6,9	2º Classificado
Matheus Rodrigues Galvão	080.xxx.xxx-61	4,5	8,9	6,7	3º Classificado

CARGO: AGENTE DE VIGILÂNCIA – CAMPUS DE PARAISO DO TOCANTINS					
Candidato	CPF	1ª Fase	2ª Fase	Media Final	Classificação
Wisley Martins Soares	938.xxx.xxx-53	4,0	9,2	6,6	2º Classificado

2. Os candidatos **CONVOCADOS** deverão entrar em contato com o Departamento de Recursos Humanos, localizado no **Centro Administrativo da Fundação UNIRG, situado na Avenida Pará, Qd 20, Lt 01, nº 2432, Setor Waldir Lins II** pessoalmente ou através do telefone (63) 3612-7558 até o dia 19 de fevereiro de 2025 em horário comercial munido da documentação que segue anexa, para tratar da efetivação da contratação temporária.

Gurupi/TO, 14 de fevereiro de 2025.

Comissão Organizadora do Processo Seletivo Simplificado
Fundação UNIRG

DOCUMENTOS NECESSÁRIOS PARA CONTRATAÇÃO

Data: ____/____/____

Nome: _____

Cargo: _____

1 - () Atestado do Exame Admissional (encaminhamento pelo RH)

2 - Xérox e originais dos seguintes documentos:

- () Carteira de Identidade;
 - () CPF;
 - () Título Eleitoral;
 - () Comprovante da última votação ou outro documento que comprove regularidade com a justiça eleitoral;
 - () Carteira de Trabalho e Previdência Social – CPTS (data de emissão, número e série);
 - () Certificado de Conclusão de Ensino Médio e Histórico Escolar;
 - () Certificado de Conclusão de Ensino Superior e Histórico;
 - () Certificado de Conclusão de Pós Graduação e Histórico;
 - () Certidão de Nascimento ou Casamento;
 - () Certificado de Alistamento Militar ou de Reservista, (sexo masculino);
 - () Cartão PIS/PASEP;
 - () Cartão de vacina;
 - () Comprovante de endereço;
 - () Certidão de nascimento dos dependentes e cartão de vacinação daqueles que tem até 7 anos de idade.
- Caso o dependente tenha entre 7 e 14 e esteja estudando deverá apresentar uma declaração escolar.

3 - () 01 foto 3x4 recente;

4 - () Número da Conta Corrente (cópia do cartão ou extrato);

5 - () Situação Funcional (Anexo II)

6 - () Declaração de Acumulação de Cargos Públicos (Anexo I)

7 - () Termo de Confidencialidade e Sigilo (Anexo III)

8 - () Declaração de não participação em empresa (Anexo IV)

9 - () Inclusão / Exclusão Ipasgu Assistência (Anexo V e VI)

ANEXO I
FUNDAÇÃO UNIRG
DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS



DECLARAÇÃO DE ACUMULAÇÃO DE CARGOS

Eu,....., portador do RG nº e do CPF nº, DECLARO, sob pena de responsabilidade, para fins de acumulação remunerada que:

() **NÃO** exerço outra função pública () exerço outra função pública

Os campos 1 e 2 somente deverão ser preenchidos no caso do declarante ocupar outro cargo, emprego ou função pública.

1. IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE/CARGO

Unidade:.....Fone:.....

Endereço:.....

Bairro:..... Cidade:.....

Cargo/Emprego/Função:.....

Regime Jurídico: () Estatutário () Celetista ()

Escolaridade exigida: () Nível Fundamental () Nível Médio () Nível Técnico () Nível Superior

OBS: Anexar declaração do Órgão contendo a carga horária e os horários de trabalho.

2. HORÁRIO DE TRABALHO

Dia da Semana	Horário		
	Matutino	Vespertino	Noturno
2ª feira	às	às	às
3ª feira	às	às	às
4ª feira	às	às	às
5ª feira	às	às	às
6ª feira	às	às	às
Sábado	às	às	às
Domingo	às	às	às

Por ser verdade, firmo a presente Declaração.

Gurupi, TO, _____ de _____ de 2025.

Assinatura

Obs.: O cargo, emprego ou função pública, compreende todo aquele exercício na Administração Pública Direta, Indireta ou Fundacional de qualquer dos Poderes da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios.

ANEXO II
FUNDAÇÃO UNIRG
DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS

SITUAÇÃO FUNCIONAL

I – IDENTIFICAÇÃO PESSOAL

Nome: _____
Sexo: () Feminino () Masculino
Raça: () indígena () branca () preta () amarela () parda
Estado Civil: _____
e-mail: _____
Telefones para contato: _____

II– INFORMAÇÕES ACADÊMICAS:

Graduação

Curso: _____
Habilitação: _____
Nome da Instituição: _____
Ano de obtenção do curso: _____

Pós-graduação

Especialização: _____
Nome da Instituição: _____
Ano de obtenção do título: _____

Especialização: _____
Nome da Instituição: _____
Ano de obtenção do título: _____

Mestrado: _____
Nome da Instituição: _____
Ano de obtenção do título: _____

Doutorado: _____
Nome da Instituição: _____
Ano de obtenção do título: _____

III – EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL

Local em que trabalhou anteriormente: _____
Período: _____
Cidade: _____ Estado: _____ País: _____
Cargo: _____

TERMO DE INCLUSÃO

Eu faço a opção do serviço abaixo relacionado:

BRASIL CARD, sendo o valor devido descontado em folha de pagamento () Sim () Não

CARTÃO CDL, sendo o valor devido descontado em folha de pagamento () Sim () Não

DECLARAÇÃO DE DEPENDENTES PARA FINS DE IMPOSTO DE RENDA

Declaro, sob as penas da lei, que o(s) dependente(s) abaixo relacionado(s) vive(m) sob as minhas despesas e que as informações aqui prestadas são verdadeiras e de minha inteira responsabilidade, não cabendo à fonte pagadora qualquer responsabilidade perante a fiscalização.

NOME	CPF	GRAU DE PARENTESCO	DATA DE NASCIMENTO	SEXO	ESTADO CIVIL
			___/___/___		
			___/___/___		
			___/___/___		
			___/___/___		
			___/___/___		

Assinatura

Gurupi, ____ / ____ / 2025.

ANEXO III

TERMO DE CONFIDENCIALIDADE E SIGILO

Eu _____, portador do CPF nº _____, matrícula funcional nº _____, infra-assinado, assumo o compromisso de manter confidencialidade e sigilo sobre todas as informações técnicas e confidenciais, incluídos os dados de pessoas físicas e jurídicas, especificação, funcionamento, organização e desempenho da **FUNDAÇÃO UNIRG** e, conseqüentemente, suas mantidas, consoante os termos e condições abaixo:

Por este termo de confidencialidade e sigilo comprometo-me:

1. Manter sigilo e não utilizar as informações confidenciais e/ou dados pessoais a que tiver acesso em virtude de tratamento de dados, para gerar benefício próprio exclusivo e/ou unilateral, presente ou futuro, ou para o uso de terceiros;
2. Usar as informações e dados pessoais apenas com o propósito de bom e fiel cumprimento das atividades da Fundação UNIRG e suas mantidas;
3. Não disponibilizar a terceiros as credenciais de acesso (login e senha) de uso pessoal, intransferível e de conhecimento exclusivo, sob pena de minha inteira responsabilidade por todo e qualquer prejuízo causado pelo fornecimento indevido destas, independente do motivo;
4. Não efetuar nenhuma gravação, cópia e/ou *backup* da documentação a que tiver acesso;
5. Não divulgar/compartilhar quaisquer informações em dispositivos estranhos a estrutura da Fundação UNIRG e suas mantidas, exceto se a respectiva ação for estritamente necessária à prestação dos serviços contratados, devendo ser realizada com a maior segurança possível e com expressa e prévia autorização do representante legal;
6. A ressarcir a ocorrência de qualquer dano e/ou prejuízo oriundo de uma eventual quebra de sigilo ou confidencialidade de todas as informações fornecidas;
7. Em cuidar para que as informações confidenciais fiquem restritas ao conhecimento tão somente das pessoas que estejam diretamente envolvidos nas discussões, análises, reuniões e negócios, devendo cientificá-los da existência deste Termo e da natureza confidencial destas informações;
8. Manter procedimentos administrativos adequados à prevenção de extravio ou perda de quaisquer documentos ou informações confidenciais, devendo comunicar à administração da Fundação UNIRG, imediatamente, quanto a ocorrência de incidentes desta natureza para os fins de mister;
9. A obedecer ao programa de governança de dados pessoais e de segurança da informação da Fundação UNIRG e de suas mantidas, bem como auxiliar sua execução;
10. Devolver, íntegros e integralmente, todos os documentos a mim fornecidos, inclusive as cópias porventura necessárias, na data estipulada pela Fundação UNIRG e suas mantidas para entrega, ou quando não for mais necessária à manutenção das informações confidenciais, comprometendo-me a não reter quaisquer reproduções, cópias ou segundas vias, sob pena de responsabilização;
11. Observar e cumprir fielmente o disposto na Lei nº 13.709/2019 (Lei Geral de Proteção de Dados).

Para os fins deste documento serão consideradas confidenciais todas as informações, transmitidas

por meios escritos, eletrônicos, verbais ou quaisquer outros e de qualquer natureza, incluindo, mas não se limitando a:

- a.** Dados pessoais - qualquer informação que possa tornar uma pessoa física identificada ou identificável;
- b.** Dados sensíveis - Qualquer dado pessoal que diga respeito a origem racial ou étnica, convicção religiosa, opinião política, filiação a sindicato ou a organização de caráter religioso, filosófico ou político, bem como dado referente à saúde ou à vida sexual, dado genético ou biométrico.
- c.** Técnicas, design, especificações, desenhos, cópias, modelos, fluxogramas, croquis, fotografias, software, mídias, contratos, planos de negócios, propostas comerciais, processos, tabelas, projetos, nomes de clientes, resultados de pesquisas, invenções e ideias, financeiras, comerciais, dentre outros.

Reconheço que meus dados pessoais utilizados para acesso aos sistemas disponibilizados pela Fundação UnirG e suas mantidas, serão conservados durante o tempo que estiver vigente o vínculo funcional e, após este finalizar, durante os períodos de retenção de dados legalmente exigíveis, de forma estritamente necessária, tais como, mas não se limitando, pelos prazos prescricionais para ajuizamento de ação penal ou civil, assim como para o exercício do direito de defesa em processo judicial de qualquer natureza ou para outra finalidade por período não excessivo adotado pela Fundação UnirG, garantida a transparência, confidencialidade, integridade e disponibilidade das minhas informações pessoais, bem como o exercício dos direitos previstos na Lei nº 13.709/2019 (Lei Geral de Proteção de Dados).

A vigência da obrigação de confidencialidade e sigilo assumida neste instrumento terá validade enquanto a informação não for tornada de conhecimento público por qualquer outra pessoa, ou mediante autorização escrita, concedida à minha pessoa pelas partes interessadas no presente Termo.

Reconheço ainda ter plena ciência de todas as sanções administrativas e/ou judiciais que poderão advir em razão do não cumprimento do presente Termo de Confidencialidade e Sigilo.

Por ser a fiel expressão da verdade, neste ato, declaro expressamente para os fins que se fizerem necessário e nos termos da Lei, ter lido, compreendido e sanado todas as dúvidas sobre o presente Termo de Confidencialidade e Sigilo, o qual firmo abaixo.

Gurupi – TO, ____/____/2025

Assinatura

ANEXO IV

DECLARAÇÃO DE NÃO PARTICIPAÇÃO EM GERÊNCIA OU ADMINISTRAÇÃO DE EMPRESA PRIVADA OU EXERCÍCIO DE COMÉRCIO

Eu, _____, portador do CPF nº _____, RG nº _____, DECLARO, que é do meu conhecimento que qualquer omissão ou informação incorreta constitui falsidade ideológica, prevista no Art. 299 do Código Penal Brasileiro.

DECLARO ainda, que:

() Não exerço atividade comercial e nem participo da Diretoria, Gerência, Administração de sociedade ou empresa privada personificada ou não.

() Exerço atividade comercial e/ou participo de Diretoria, Gerência, Administração de sociedade ou empresa privada personificada ou não.

Gurupi, _____ de _____ de _____.

Assinatura

Conforme Art. 38 da Lei Municipal nº 2.434/2019, são infrações graves, puníveis com a pena de demissão:

VII - exercer o comércio, exceto na qualidade de acionista, cotista ou comanditário;

VIII - participar de gerência ou administração de sociedade ou empresa privada, personificada ou não personificada, salvo:

a) nos casos previstos nesta Lei;

b) nos conselhos de administração e fiscal de empresas ou entidades em que o Município participe direta ou indiretamente do capital social;

c) nos períodos de licença ou afastamento do cargo sem remuneração, desde que não haja proibição em sentido contrário;

d) em instituições ou entidades beneficentes, filantrópicas, de caráter social, cultural, educacional e humanitário e sem fins lucrativos, quando compatíveis com a jornada de trabalho

ANEXO V

REQUERIMENTO DE ASSISTÊNCIA

INCLUSÃO

Sr. Presidente,

Eu _____,
funcionário(a) público(a) Municipal de Gurupi, lotado(a) no(a) _____ matrícula n.º
_____ venho por meio deste, requerer a INCLUSÃO DO PLANO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE, junto
a este Instituto de Assistência dos Servidores de Gurupi – IPASGU, ciente dos prazos de carência
estabelecidos em lei, caso queira retornar a utiliza-lo.

Termos em que,

Pede Deferimento.

Gurupi, ____ de _____ de _____.

Funcionário(a) público(a)

ANEXO VI

**REQUERIMENTO DE ASSISTÊNCIA
EXCLUSÃO**

Sr. Presidente,

Eu _____, funcionário(a)
público(a) Municipal de Gurupi, lotado(a) no(a) _____ matrícula
n.º _____ venho por meio deste, requerer a EXCLUSÃO DO PLANO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE,
junto a este Instituto de Assistência dos Servidores de Gurupi – IPASGU, ciente dos prazos de carência
estabelecidos em lei, caso queira retornar a utiliza-lo.

Termos em que,

Pede Deferimento.

Gurupi-TO, ____ de _____ de _____.

Funcionário (a) público (a)