



**Consórcio Intermunicipal do Alto Vale do Paranapanema -
AMVAPA**

Rua Capitão Maximiano dos Santos Guerra, nº. 552 – CEP – 18800-660 – PIRAJU – SP.
CNPJ 03.753.263/0001-60 - FONE: 14 – 3351-1358
E-mail: secretaria@amvapa.com.br

Piraju, 01 de setembro de 2020.

Ilmo(a). Sr(a). Candidato (a)

Assunto: **CONVOCAÇÃO – PROCESSO SELETIVO PÚBLICO – 001/2018**

Senhor (a) Candidato (a),

Pelo presente instrumento, fica Vossa Senhoria CONVOCADO (A) para comparecer junto a Secretaria do Consórcio Intermunicipal do Alto Vale do Paranapanema - AMVAPA, no prazo máximo de 30 (trinta) dias contados do dia 01 de setembro de 2020 às 9h00min a 01 de outubro de 2020 às 15h00min, para tratar da contratação do Processo Seletivo Público de Nº 001/2018, para o cargo de Médico(a), munido dos documentos solicitados nos anexos desta convocação.

Salientamos que o não comparecimento no prazo determinado implicará na perda automática da vaga do Concurso Público.

Sendo o que se apresenta para o momento, firmamos.

Cordialmente,


Lair Antonio Azevedo Silva
Presidente da Comissão Especial do Concurso



**Consórcio Intermunicipal do Alto Vale do Paranapanema -
AMVAPA**

Rua Capitão Maximiano dos Santos Guerra, nº. 552 – CEP – 18800-660 – PIRAJU – SP.
CNPJ 03.753.263/0001-60 - FONE: 14 – 3351-1358
E-mail: secretaria@amvapa.com.br

ANEXO I – CHECK LIST DE DOCUMENTOS

Nome do Candidato:

ADMISSÃO
() CARTA DE ACEITE DE CONVOCAÇÃO
() DECLARAÇÃO DE ACUMULO DE CARGO PUBLICO
() CTPS – CARTEIRA DE TRABALHO
() RG
() CPF
() CERTIDÃO DE ANTECEDENTE CRIMINAL
() DECLARAÇÃO NEGATIVA DO CANDIDATO DE DEMISSÃO POR JUSTA CAUSA
() COMPROVANTE RESIDÊNCIA
() CÓPIA AUTENTICADA DO CERTIFICADO DE FORMAÇÃO
() TÍTULO DE ELEITOR
() COMPROVANTE DE ÚLTIMA VOTAÇÃO – 1º E 2º TURNOS
() CERTIFICADO RESERVISTA
() CERTIDÃO CASAMENTO
() CERTIDÃO NASCIMENTO FILHOS MENORES DE 21 ANOS
() 2 FOTOS 3/4
() Nº CONTA BANCÁRIA OU AUTORIZAÇÃO A PROPRIO PUNHO
() PIS
() INSCRIÇÃO NO CONSELHO REGIONAL
() COMPROVANTE DE QUITAÇÃO DO CONSELHO REGIONAL
() EXAME MÉDICO ADMISSSIONAL (Agendamento através do Consórcio)



**Consórcio Intermunicipal do Alto Vale do Paranapanema -
AMVAPA**

Rua Capitão Maximiano dos Santos Guerra, nº. 552 – CEP – 18800-660 – PIRAJU – SP.
CNPJ 03.753.263/0001-60 - FONE: 14 – 3351-1358
E-mail: secretaria@amvapa.com.br

**ANEXO II – MODELO DE CARTA DE ACEITE DE CONVOCAÇÃO DE
CONCURSO PÚBLICO**

Prezado Consórcio Intermunicipal do Alto Vale do Paranapanema - AMVAPA,

Venho, através desta, conforme instruções postadas na **carta de convocação** de 01 de setembro de 2020, confirmar meu interesse em assumir o cargo de **Médico**, no SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência Regional Vale do Jurumirim, situado na Rua Santa Catarina, nº. 83, Bairro Água Branca, Estância Turística de Avaré – SP, CEP: 18.700-005.

Informo, também, que já estou providenciando a documentação e exames necessários, constantes dos Anexos da carta de convocação, para a formalização da contratação, e que entrarei novamente em contato com o setor de Recursos Humanos dessa Instituição tão logo esteja munido desses documentos.

Sem mais para o momento, coloco-me à disposição para eventuais esclarecimentos e subscrevo-me, atenciosamente,

Assinatura:

Nome:

CPF:

RG:

Telefones:

E-mail:



**Consórcio Intermunicipal do Alto Vale do Paranapanema -
AMVAPA**

Rua Capitão Maximiano dos Santos Guerra, nº. 552 – CEP – 18800-660 – PIRAJU – SP.
CNPJ 03.753.263/0001-60 - FONE: 14 – 3351-1358
E-mail: secretaria@amvapa.com.br

ANEXO III- TERMO DE DEPENDENTES

DECLARAÇÃO DE ENCARGOS DE FAMÍLIA PARA FINS DE IMPOSTO DE RENDA

Consórcio Intermunicipal do Alto Vale do Paranapanema – AMVAPA

Rua Capitão Maximiano dos Santos Guerra, 552 – Jardim Jurumirim – Piraju/SP – CEP:
18.800-660.

CNPJ: 03.753.263/0001-60

NOME: _____

C.P.F. : _____ RG: _____ ÓRGÃO EMISSOR: _____

ENDEREÇO: _____ BAIRRO: _____

CIDADE: _____ CEP: _____ CTPS: _____ SERIE: _____

Declaro em atendimento a legislação do imposto de renda na fonte, pessoa física em vigor,
que o(s) abaixo(s) é(são) meu(s) dependente(s) para fins de dedução cedular:

NOME COMPLETO DOS DEPENDENTES	DATA DE NASCIMENTO	RELAÇÃO DEPENDÊNCIA
_____	____/____/____	_____
_____	____/____/____	_____
_____	____/____/____	_____
_____	____/____/____	_____
_____	____/____/____	_____

Declaro ainda que meu cônjuge _____

() Trabalha na empresa _____ auferindo
rendimentos próprios efetuando declaração de rendimento em separado.

() Não trabalha, vivendo sob minhas expensas.

Declaro sob as penas da lei, que as informações aqui prestadas, são verdadeiras e de minha
inteira responsabilidade, não cabendo a V. Sa. (s), (fonte pagadora) qualquer
responsabilidade perante a fiscalização.

Piraju, ____ de _____ de _____.

Nome do Funcionário

*RENOVAR ESTA DECLARAÇÃO SEMPRE QUE OCORRER ALTERAÇÃO NOS DADOS ACIMA



**Consórcio Intermunicipal do Alto Vale do Paranapanema -
AMVAPA**

Rua Capitão Maximiano dos Santos Guerra, nº. 552 – CEP – 18800-660 – PIRAJU – SP.
CNPJ 03.753.263/0001-60 - FONE: 14 – 3351-1358
E-mail: secretaria@amvapa.com.br

ANEXO IV – MODELO DE DECLARAÇÃO

DECLARAÇÃO

Eu, _____, RG
nº _____, DECLARO, sob as penas da lei, para fins de
acumulação que não exerço outro cargo ou emprego ou função remunerada na
administração pública direta ou indireta, nas esferas municipal, estadual ou federal,
ressalvadas as exceções preconizadas no artigo 37, inciso XVI, alíneas “a”, “b” e “c”,
da Constituição Federal.

_____, ____/____/____.

assinatura