



PORTARIA Nº 38 DE 16 DE OUTUBRO DE 2023.

**CONCURSO PÚBLICO DE PROVAS PARA O QUADRO DE PESSOAL DO
CONSELHO REGIONAL DE FONOAUDIOLOGIA 9ª REGIÃO**

A Presidente do Conselho Regional de Fonoaudiologia 9ª Região, no uso de suas atribuições legais, da Lei nº 6.965 de 09 de dezembro de 1981, regulamentada pelo decreto Lei nº 87.218 de 31 de maio 1982 resolve NOMEAR o candidato relacionado nesta Portaria, para exercer, em caráter efetivo, o cargo pertinente ao Quadro de Pessoal do CRFa 9ª Região, em virtude de aprovação em Concurso Público de Provas, homologado no Diário Oficial da União Seção 3 ISSN 1677-7069 Nº 224, quarta-feira, 20 de novembro de 2019.

Auxiliar Administrativo - Manaus/AM

Nº Inscrição	Nome do Candidato	Clas sif.
461.01694334/7	DANIEL GUERRA LOPES	24
461.01691728/4	EMILIANNY CARLOS DE MORAES FIRMINO	25
461.01693631/8	HUGO DA SILVA LIMA	26

1º O candidato convocado pela presente portaria deve entrar em contato até o dia 24/10/2023, conforme lotação do cargo especificada no edital 01/2019, em Manaus - AM endereço: Av. Gabriel Correa Pedrosa, 180 –3º andar, sala 14 - Ed. Carvalho Center / Conjunto Castelo Branco Bairro: Parque 10 de novembro / Manaus/AM - CEP. 69055-011, telefone (92) 3342-4300, e-mail secretaria@crefono9.org.br, para retirada da listagem de documentos necessários para a posse.

2º O candidato convocado nesta portaria, de posse da documentação que será exigida conforme Art. 1º, deverá comparecer no dia 31/10/2023 as 10:00 horas para assinatura do Termo de Posse, conforme lotação estipulada nos cargos do edital 01/2019 respectivamente na sede do CRFa 9ªR em Manaus, endereço: Av. Gabriel Correa Pedrosa, 180 –3º andar, sala 14 - Ed. Carvalho Center / Conjunto Castelo Branco Bairro: Parque 10 de novembro / Manaus/AM - CEP. 69055-011.

Thiago Santos Pinheiro

Presidente do CRFa 9ªR



1. Da Inspeção Médica em Manaus

Do Local, Data e Horário

Local: SASMET

Data: _____

Horário: 09h AS 11h

A Inspeção Médica será realizada por SASMET , com endereço na Avenida Ayrão, 518 – Centro (Entre Constantino Nery e Ferreira Pena) MANAUS- AM

2. O candidato, munido da Carteira de Identidade, deverá apresentar-se com os originais dos seguintes exames:

- a) Raio X da Coluna Lombo-Sacra, com laudo;
- b) Raio X da Coluna Cervical, com laudo;
- c) Ultrassom de ombro, cotovelo e punho bilateral, com laudo;
- d) Avaliação Oftalmológica, por especialista, com laudo;
- e) Avaliação de Saúde Mental, com laudo de Médico Psiquiatra;
- f) Hemograma Completo;
- g) Glicemia;
- h) Eletrocardiograma, com laudo;
- i) Machado Guerreiro
- j) VDRL (Sorologia para Lues)

3. Não serão aceitos exames realizados há mais de 30 (trinta) dias e se houver necessidade, novos exames serão requisitados no ato da inspeção médica.

4. Da Posse em Manaus

Do Local, data e horário:



Local: Sede do Conselho Regional de Fonoaudiologia da 9ª Região

Endereço: Av. Gabriel Correa Pedrosa, 180 –3º andar, sala 14 - Ed. Carvalho Center / Conjunto Castelo Branco Bairro: Parque 10 de novembro / Manaus/AM - CEP. 69055-011

Data: _____

Horário: 10 horas.

5. O candidato apto deverá comparecer para a posse no dia e local mencionados no item anterior, onde apresentará o original e 01 (uma) fotocópia dos seguintes documentos:

- a) Carteira de Identidade;
- b) Título de Eleitor e Certidão de quitação com as responsabilidades eleitorais (Eleições 2016);
- c) Cadastramento no CPF;
- d) Cadastramento no PIS/PASEP;
- e) Quitação com as obrigações militares, para homens;
- f) Certidão de Casamento ou Certidão de Nascimento;
- g) Certidão de nascimento dos filhos menores de 14 anos;
- h) Comprovante de Residência (conta de agua, luz ou telefone)
- i) Número da conta bancária no Banco Brasil – comprovante de abertura de Conta Salário, exceto para quem já tiver conta corrente no Banco do Brasil;
- j) Comprovante de Escolaridade exigido para ao cargo (Diploma e histórico escolar) e Registro no Órgão/Entidade Oficial de Fiscalização profissional e respectivo comprovante de quitação anual, de acordo com a exigência do cargo constante do Anexo I do Edital de Abertura nº 01/2015 – CRFa 9ª;
- k) 2 (duas) fotos 3X4 (atual);
- l) Carteira de Trabalho e Previdência Social (CTPS);
- m) Fotocópia do contracheque para quem já possui vínculo com a Administração Pública direta e indireta de Mato Grosso do Sul;
- n) Certidão Negativa da Fazenda Estadual;
- o) Certidão Criminal Estadual e Federal
- p) Certidão Cível Estadual e Federal



- q) Declaração de afastamento de exercício de cargo, se funcionário público;
- r) Declaração de bens – Imposto de Renda
- s) Declaração de não acúmulo de cargo público;
- t) Declaração de exercício de função pública ou de vacância, se funcionário público;
- u) Declaração de Aptidão expedida pela Inspeção Médica.

6. O candidato deverá comparecer no dia e hora marcados neste Edital, sendo que com o não comparecimento no prazo legal de 30 dias, a inobservância ou a não comprovação dos requisitos e condições legais para o provimento do cargo, implicará na desistência e o ato de nomeação será tornado sem efeito, cessando as obrigações da Autarquia Federal para com o classificado convocado, podendo o CRFa 9º Região convocar os imediatamente posteriores, obedecendo a ordem de classificação.

Manaus, ____ de _____ de 20 ____.



ISSO SERÁ PREENCHIDO NO DIA DA POSSE

DECLARAÇÃO DE DEPENDENTES PARA FINS DE DESCONTO DE IRRF

Fonte Pagadora: Conselho Regional de Fonoaudiologia 9ª Região			
Nome do Declarante:			
CTPS nº/série:	CPF:	Estado Civil:	
Endereço:			
Bairro:	Cidade:	Estado:	
DEPENDENTES DECLARADOS			
Nº	Nome completo	Grau de Parentesco	Data de Nasc.
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			



Ciente da proibição da dedução de um mesmo dependente por ambos os cônjuges, declaro, sob as penas da Lei, que as pessoas acima mencionadas são meus dependentes, não cabendo a V. S^a (Fonte Pagadora) nenhuma responsabilidade perante a fiscalização.

Observação:

Sempre que ocorrer alteração nesta declaração, a mesma deverá ser renovada.

DECLARO, para os devidos efeitos, que as informações acima prestadas correspondem à expressão da verdade, comprometendo-me a comprová-las quando solicitado, sob pena de sofrer aplicação de sanções administrativas e/ou penais cabíveis.

Manaus, AM, ____ de _____ de 2023.

Declarante



DECLARAÇÃO

Eu, _____,
brasileiro, estado civil _____, portador do RG nº
_____ e do CPF nº _____,
DECLARO, para os devidos fins e para fazer provas junto ao CONSELHO REGIONAL
DE FONOAUDIOLOGIA 9ª REGIÃO, que cumprirei fielmente os deveres e atribuições
inerentes ao cargo que exercerei em favor desta Autarquia Federal.

Manaus, AM, ____ de _____ de 2023.

Declarante



DECLARAÇÃO DE ISENÇÃO DE IMPOSTO DE RENDA

Eu, _____

RG nº _____ CPF nº _____,

DECLARO, para fins de posse no Cargo _____

Lotação _____, com carga horária semanal de 40 horas semanais

no Quadro de Pessoal do Conselho Regional de Fonoaudiologia 9ª Região ser isento da apresentação da Declaração de Imposto de Renda junto à Receita Federal, ano base _____, exercício _____, na forma estabelecida pela legislação.

DECLARO, para os devidos efeitos, que as informações acima prestadas correspondem à expressão da verdade, comprometendo-me a comprová-las quando solicitado, sob pena de sofrer aplicação de sanções administrativas e/ou penais cabíveis.

Por ser verdade, firmo a presente declaração.

Manaus, AM, ____ de _____ de 2023.

Declarante



DECLARAÇÃO

Eu, _____

RG nº _____ CPF nº _____,

DECLARO, para fins de contratação temporária no Cargo de _____ LOTAÇÃO _____, com carga horária semanal de 40 horas semanais no Quadro de Pessoal do Conselho Regional de Fonoaudiologia 9ª Região, **QUE NÃO POSSUO** nenhum vínculo de matrimônio, união estável ou parentesco em linha reta, colateral ou por afinidade, até o terceiro grau que importe a prática vedada na forma da Súmula Vinculante nº 13 do Supremo Tribunal Federal.

Por ser expressão da verdade, firmo a presente.

Manaus, AM, ____ de _____ de 2023.

Declarante



DECLARAÇÃO DE VACÂNCIA DE CARGO, EMPREGO OU FUNÇÃO PÚBLICA.

Eu, _____

RG nº _____ CPF nº _____,

DECLARO, para fins de posse no Cargo _____ Lotação _____, com carga horária semanal de 40 horas semanais no Quadro de Pessoal do Conselho Regional de Fonoaudiologia 9ª Região, **VACÂNCIA** de cargo, função ou emprego público na Administração Pública direta, autarquias, fundações, empresas públicas, sociedades de economia mista, suas subsidiárias e sociedades controladas direta e indiretamente pelo poder público.

Órgão/Entidade: _____

Endereço: _____

Bairro: _____

UF _____ CEP _____ Telefone () _____

Natureza Jurídica: _____

(Administração Direta ou Indireta)

Tipo de Administração: _____

(Federal, Estadual, Municipal ou Gov. do Distrito Federal)

Cargo _____ Lotação _____

Cargo Efetivo, Comissão, Função Gratificada ou Outros: _____

Regime de Trabalho Semanal: () 20 horas () 30 horas () 40 horas

Horário: das _____ às _____ e das _____ às _____ hs.

DECLARO, para os devidos efeitos, que as informações acima prestadas correspondem à expressão da verdade, comprometendo-me a comprová-las quando solicitado, sob pena de sofrer aplicação de sanções administrativas e/ou penais cabíveis.

Manaus, AM, _____ de _____ de 2023.

Declarante



DECLARAÇÃO NEGATIVA DE PENALIDADES

Eu, _____

RG nº _____ CPF nº _____,

DECLARO, para fins de posse no Cargo _____

Lotação _____, com carga horária semanal de 40 horas semanais

no Quadro de Pessoal do Conselho Regional de Fonoaudiologia 9ª Região, que não fui, em tempo algum, demitido por justa causa, ou em decorrência de processo administrativo do Serviço Público Federal, Estadual, Municipal, da administração direta e indireta, e que não me encontro respondendo a nenhum processo dessa natureza.

DECLARO, para os devidos efeitos, que as informações acima prestadas correspondem à expressão da verdade, comprometendo-me a comprová-las quando solicitado, sob pena de sofrer aplicação de sanções administrativas e/ou penais cabíveis.

Por ser verdade, firmo a presente declaração.

Manaus, AM, ____ de _____ de 2023.

Declarante



REQUERIMENTO DO BENEFÍCIO DO VALE TRANSPORTE						
INFORMAÇÕES DO REQUERENTE	1. NOME DO REQUERENTE			2. MATRÍCULA		
	3. N° CPF		4. RG (N° e EMISSOR)		5. DATA NASCIMENTO ____/____/____	
	6. ENDEREÇO (RUA, AV E N°)					
	7. COMPLEMENTO		8. BAIRRO		9. CIDADE	
	10. TEL. RESIDENCIAL () _____		11. TEL CELULAR () _____		12. TEL COMERCIAL () _____	
	13. ORGÃO DE LOTAÇÃO		14. ORGÃO DE EXERCÍCIO		15. UNIDADE DE EXERCÍCIO	
	16. ENDEREÇO DA UNIDADE DE EXERCÍCIO (RUA, AV E N°)				17. COMPLEMENTO	
	18. BAIRRO		19. CIDADE		20. HORÁRIO DE TRABALHO	
	LINHAS SOLICITADAS	21. N° LINHA	NOME DA LINHA (VINDA)		22. N° LINHA	NOME DA LINHA RETORNO



REQUERIMENTO	<p>23. VENHO REQUERER A CONCESSÃO DE VALE-TRANSPORTE, NOS TERMOS DA LEGISLAÇÃO VIGENTE, PARA COBRIR GASTOS COM O TRANSPORTE COLETIVO USANDO NO MEU DESLOCAMENTO, RESIDENCIA-TRABALHO E TRABALHO-RESIDENCIA, A(S) LINHA(S) ACIMA DESCRITA(S), UTILIZANDO _____ UNIDADE(S) DE VALE TRANSPORTE. PARA TANTO, AUTORIZO O DESCONTO MENSAL DE ATÉ 6% (SEIS POR CENTO) DO TOTAL DA MINHA REMUNERAÇÃO PERMANENTE, DECLARO E RECONHEÇO QUE O VALE-TRANSPORTE OU O CARTÃO DO PASSE ELETRÔNICO É PESSOAL E INTRANSFERIVEL, COMPROMETENDO-ME A UTILIZÁ-LOS EXCLUSIVAMENTE NO MEU DESLOCAMENTO RESIDENCIA-TRABALHO E TRABALHO-RESIDENCIA E RECONHEÇO TAMBÉM QUE ESTOU SUJEITO ÀS SANÇÕES PREVISTAS EM LEGISLAÇÃO PELO USO INDEVIDO DESTES BENEFÍCIO.</p> <p>_____, _____/_____/_____ _____ ASSINATURA DO REQUERENTE</p>	
AUTORIZAÇÃO	<p>24. CHEFIA IMEDIATA DE ACORDO EM, _____/_____/_____ _____ ASSINATURA E CARIMBO</p>	<p>25. RESPONSÁVEL PELO SETOR ESPECÍFICO DO ÓRGÃO RATIFICAMOS OS DADOS PESSOAIS E FUNCIONAIS DO REQUERENTE. EM, _____/_____/_____ _____ ASSINATURA E CARIMBO</p>
<p>OBSERVAÇÕES:</p> <p>NO CASO DAS INFORMAÇÕES PRESTADAS NÃO CONFERIREM COM AS DA FOLHA DE PAGAMENTO OU HAVENDO ALTERAÇÃO NO NUMERO DE CRÉDITOS SOLICITADOS, ESTE FORMULÁRIO DEVERÁ RETORNAR AO SERVIDOR PARA SER SUBSTITUÍDO.</p> <p>AO FINALIZAR OS ENTENDIMENTOS COM O SETOR RESPONSÁVEL, DO ÓRGÃO QUE SERÁ O RESPONSÁVEL PELA CONCESSÃO DESTES BENEFÍCIO, DEVERÁ SER PREENCHIDO O QUANTITATIVO DIÁRIO NO CAMPO 23.</p> <p>CASO A QUANTIDADE SOLICITADA SEJA MAIOR QUE 04 (QUATRO) VTD/DIA, CÓPIA DESTES E DO COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DEVERÁ SER APRECIADO CASO NECESSÁRIO, DEVERÁ SER UTILIZADO O VERSO DESTES PARA COMPLEMENTAR AS INFORMAÇÕES.</p>		



TERMO DE EXERCÍCIO

Atesto, para fins de inclusão na Folha de Pagamento, que o Sra.
_____, nomeada através da Portaria nº
_____, publicada no Diário Oficial da União nº
_____, , após empossada no cargo efetivo constante do Quadro
de Pessoal do Conselho Regional de Fonoaudiologia 9ª Região, entrará em exercício na
data de _____

Manaus, AM, ____ de _____ de 2023.

Thiago Santos Pinheiro

Presidente do CRFa 9ªR

Empregado



DECLARAÇÃO DE BENS E VALORES

Eu, _____

RG nº _____ CPF nº _____,

DECLARO, para fins de posse no Cargo _____

Lotação _____, com carga horária semanal de 40 horas semanais

no Quadro de Pessoal do Conselho Regional de Fonoaudiologia 9ª Região, que nesta data

posso bens patrimoniais e valores gravados em meu nome e de meus dependentes.

BENS DO SERVIDOR	
DISCRIMINAÇÃO	VALOR
OUTROS RENDIMENTOS	
DISCRIMINAÇÃO	VALOR
Cargo	
Empresa	
Remuneração	
Outros	
Cargo	
Empresa	
Remuneração	



Outros		
---------------	--	--

DECLARO, para os devidos efeitos, que as informações acima prestadas correspondem à expressão da verdade, comprometendo-me a comprová-las quando solicitado, sob pena de sofrer aplicação de sanções administrativas e/ou penais cabíveis.

Por ser verdade, firmo a presente declaração.

Manaus, AM, ____ de _____ de 2023.

Declarante



DECLARAÇÃO DE EXERCÍCIO DE FUNÇÃO PÚBLICA.

Eu, _____

RG nº _____ CPF nº _____,

DECLARO, para fins de posse no Cargo _____

LOTAÇÃO _____, com carga horária semanal de 40 horas

semanais no Quadro de Pessoal do Conselho Regional de Fonoaudiologia 9ª Região, que

EXERCI outro cargo, função ou emprego público na Administração Pública direta,

autarquias, fundações, empresas públicas, sociedades de economia mista, suas

subsidiárias e sociedades controladas direta e indiretamente pelo poder público.

Órgão/Entidade: _____

Endereço: _____

Bairro: _____

UF _____ CEP _____ Telefone () _____

Natureza Jurídica: _____

(Administração Direta ou Indireta)

Tipo de Administração: _____

(Federal, Estadual, Municipal ou Gov. do Distrito Federal)

Cargo: _____ Lotação _____

Cargo Efetivo, Comissão, Função Gratificada ou Outros: _____

Regime de Trabalho Semanal: () 20 horas () 30 horas () 40 horas

Horário: das _____ às _____ e das _____ às _____ hs.

DECLARO, para os devidos efeitos, que as informações prestadas acima correspondem

à expressão da verdade, comprometendo-me a comprová-las quando solicitado, sob pena

de sofrer aplicação de sanções administrativas e/ou penais cabíveis.

Manaus, AM, _____ de _____ de 2023.

Declarante



DECLARAÇÃO DE NÃO ACÚMULO DE CARGO OU EMPREGO PÚBLICO

Eu, _____

RG nº _____ CPF nº _____,

DECLARO, para fins de posse no Cargo _____

LOTAÇÃO _____, com carga horária semanal de 40 horas

semanais no Quadro de Pessoal do Conselho Regional de Fonoaudiologia 9ª Região,

QUE NÃO EXERÇO nenhum cargo, função ou emprego público na Administração

Pública direta, autarquias, fundações, empresas públicas, sociedades de economia mista,

suas subsidiárias e sociedades controladas direta e indiretamente pelo poder público, que

seja **INACUMULÁVEL** com o Cargo em que tomarei posse, em consonância com o

disposto nos incisos XVI e XVII do art. 37 da Constituição Federal de 1988, sem prejuízo

das demais previsões legais.

DECLARO QUE NÃO PERCEBO proventos de aposentadoria decorrente do art. 40 da Constituição Federal de 1988, que seja **inacumulável** com o Cargo em que tomarei posse.

DECLARO que não participo de gerência ou administração de sociedade privada, personificada ou não personificada e não exerço o comércio, exceto na qualidade de acionista, cotista ou comanditário de empresa privada, de sociedade civil.

DECLARO, também, estar ciente de que devo comunicar o Conselho Regional de Odontologia de Mato Grosso do Sul qualquer alteração que venha a ocorrer em minha vida funcional que não atenda às determinações legais vigentes para os casos de acumulação de cargos.

DECLARO, ainda, estar ciente de que prestar declaração falsa caracteriza o crime previsto no art. 299 do Código Penal Brasileiro, e que por tal crime serei responsabilizado, independente das sanções administrativas, caso se comprove a inveracidade do declarado neste documento.

Por ser expressão da verdade, firmo a presente.

Manaus, AM, _____ de _____ de 2023.

Declarante



TERMO DE POSSE

Ao _____ de dois mil e vinte e um, neste Conselho Regional de Fonoaudiologia 9ª Região, perante seu Presidente, o Sr. Thiago Santos Pinheiro, verificou-se a posse, da empregada _____, no cargo de _____ município de _____, nomeada através da Portaria nº _____, publicada no Diário Oficial da União nº _____, preenchendo as exigências para investidura no cargo.

O (a) empossado (a), que comprova não se enquadrar nas proibições contidas na Constituição Federal e demais legislações pertinentes, obedecendo ao Regimento Interno do Conselho Regional de Fonoaudiologia 9ª Região e às normas internas, assumiu o compromisso solene de cumprir bem e fielmente os deveres e as atribuições que lhe são inerentes, em virtude da função pública que passará a exercer, e apresentou com a Declaração de não Acúmulo de Cargo ou Emprego Público e todos os demais documentos em lei exigidos. E, estando conforme, foi lavrado o presente Termo que vai assinado por quem de direito.

Manaus, AM, _____ de _____ de 20_____.

Thiago Santos Pinheiro *Empossado (a)*
Presidente do CRFa 9ª Região

Anotado na Ficha Funcional nº _____.
Em ____/____/____

Responsável Setor