



## EDITAL DE INSCRIÇÃO PARA FORMAÇÃO DE CADASTRO - PROJETO DE INCLUSÃO DE PESSOAS COM DEFICIÊNCIA NA INDÚSTRIA

### REGULAMENTO

#### 1. INTRODUÇÃO

**1.1.** O Serviço Social da Indústria - Sesi, Departamento Regional de São Paulo, por intermédio do Núcleo de Inteligência Empresarial, torna público a abertura das inscrições para cadastramento de pessoas com deficiência e reabilitados do INSS, abrangidos pela Lei Federal nº 8.213/91, conhecida como “Lei de Cotas” e Lei Federal Nº 13.146/15 – Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência). Esta ação faz parte do **Programa de Inclusão de Pessoas com Deficiência na Indústria** que visa o atendimento às empresas em suas demandas relacionadas à gestão socialmente responsável e à valorização da diversidade. Visa colaborar com o exercício da responsabilidade corporativa, ao qualificar o relacionamento da empresa com os diversos públicos envolvidos, internos e externos, o que contribui para o desenvolvimento de relações de trabalho que respeitem a inclusão da pessoa com deficiência no ambiente corporativo.

#### 2. ESCOPO DESTE EDITAL

**2.1.** O **Programa de Inclusão de Pessoas com Deficiência na Indústria** é uma parceria com o Grupo NC, que abrange as empresas do grupo localizadas nas cidades de Hortolândia e Jaguariúna, atuante no segmento de fabricação de medicamentos alopáticos para o uso humano.

**2.2.** Este Edital é uma das formas de **Mobilização Social** que integram este Projeto.

**2.3.** O escopo deste edital consiste na **formação e entrega** de um BANCO DE DADOS, contendo 207 pessoas com deficiência e/ou reabilitados pelo INSS, elegíveis para a Lei de Cotas e que cumpram com os pré-requisitos descritos no item 4.

**2.4.** Está excluída do **Projeto de Inclusão de Pessoas com Deficiência na Indústria**, a obrigatoriedade de contratação dos candidatos, por parte do Sesi-SP, interlocutor e parceiro desse projeto, cabendo ao Grupo NC, a realização do processo seletivo seguindo suas diretrizes internas de contratação, conforme aplicável e de acordo com sua disponibilidade de vagas.

#### 3. DAS CARACTERÍSTICAS DO PROJETO

**3.1.** O Projeto de Inclusão de Pessoas com Deficiência na Indústria prevê a realização de 2 (duas) etapas, assim descritas:

**3.2. PRIMEIRA ETAPA – Entrevista Inicial e Análise da Documentação Médica e de Escolaridade**



3.2.1. Esta etapa consiste na realização de entrevista inicial com o candidato, realizada com a equipe técnica do Sesi-SP e entrega da documentação de ordem médica e de escolaridade. Devido ao cenário atual causado pela pandemia da Covid-19, esta primeira etapa poderá ocorrer de forma presencial ou on-line, a ser definida no momento da convocação do candidato pelo Sesi-SP. Se a etapa acontecer de forma on-line, o candidato que for habilitado para a segunda etapa será comunicado em momento oportuno pelo Sesi-SP a comparecer com os documentos originais e cópias simples legíveis para conferência.

3.2.2. Para o formato presencial, o candidato deverá comparecer portando os seguintes documentos (originais e cópias simples legíveis):

- 3.2.2.1. Carteira de Identidade – RG ou Carteira Nacional de Habilitação - CNH;
- 3.2.2.2. CPF;
- 3.2.2.3. Comprovante de escolaridade;
- 3.2.2.4. Comprovante de residência;
- 3.2.2.5. Documentação médica comprobatória da deficiência;
- 3.2.2.6. Certificado de Reabilitação Profissional emitido pelo INSS, caso o candidato seja reabilitado;
- 3.2.2.7. Anexo I – Declaração e Autorização, devidamente preenchido e assinado;
- 3.2.2.8. Anexo II – Termo de Consentimento para Tratamento de Dados Pessoais, devidamente preenchido e assinado;
- 3.2.2.9. Anexo III – Ficha Cadastral, devidamente preenchido e assinado.

3.2.3. Nesta etapa poderão ser solicitados pelo médico do Sesi-SP exames complementares para caracterização da deficiência a cargo do candidato.

3.2.4. Os resultados da primeira etapa serão encaminhados pelo Sesi-SP por e-mail ao candidato. Em caso de inabilitação do candidato, será informado o motivo.

3.2.5. Somente os candidatos aprovados na PRIMEIRA ETAPA poderão participar da SEGUNDA ETAPA.

### **3.3. SEGUNDA ETAPA – Processo Seletivo no Grupo NC**

3.3.1. A SEGUNDA ETAPA, consiste no processo seletivo do Grupo NC e será realizada pelos profissionais do próprio Grupo. Esta etapa envolve a realização de entrevistas de avaliação dos candidatos aprovados na PRIMEIRA ETAPA.

3.3.2. A realização desta segunda etapa acontecerá de acordo com o cronograma e critérios definidos pelo Grupo NC com os candidatos aprovados na primeira etapa e ocorrerão de acordo com a abertura de vagas nas empresas do Grupo.

3.3.3. A forma de comunicação referente aos resultados da segunda etapa é de responsabilidade do Grupo NC e tratada diretamente com o candidato.



**3.4.** Os locais de realização das entrevistas referentes à PRIMEIRA e SEGUNDA ETAPAS serão comunicados aos candidatos na medida em que as etapas ocorrerem.

#### **4. DOS PRÉ-REQUISITOS PARA INSCRIÇÃO**

**4.1.** Os candidatos interessados em participar deste Projeto deverão atender aos seguintes pré-requisitos:

4.1.1. A deficiência apresentada deverá atender à Lei de Cotas (Lei nº 8213/91). Segundo o artigo 2º da Lei nº 13.146/2015, considera-se pessoa com deficiência aquela que tem impedimento de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, o qual, em interação com uma ou mais barreiras, pode obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas.

4.1.2. Deverão possuir no mínimo 18 anos de idade, e ter concluído o Ensino Médio até a data de inscrição.

4.1.3. Comprovar residência em um dos seguintes municípios: Hortolândia, Sumaré, Monte Mor e Campinas.

4.1.4. Comprovar a reabilitação profissional, por meio do Certificado de Reabilitação Profissional emitido pelo INSS, caso o candidato seja reabilitado.

4.1.5. Apresentar, no dia da entrevista inicial, no caso de ser realizada no formato presencial, os documentos originais e cópias simples e legíveis dos seguintes documentos: RG, CPF, comprovante de escolaridade, comprovante de residência e documentação médica comprobatória da deficiência ou certificado de reabilitação profissional, emitido pelo INSS, conforme aplicável, bem como os Anexos I, II e III, devidamente assinados e preenchidos.

**4.2.** Poderão participar deste Edital os candidatos pessoa com deficiência que não passaram por processo de reabilitação no INSS.

#### **5. DAS INSCRIÇÕES**

**5.1.** Os candidatos interessados em participar do Projeto deverão realizar sua inscrição exclusivamente **por e-mail encaminhando para:** [inclusaonaindustria@sesisp.org.br](mailto:inclusaonaindustria@sesisp.org.br)

**5.2. No e-mail deverão constar:**

<b>PROJETO DE INCLUSÃO</b>
Nome completo do interessado
No mínimo 2 (dois) números de telefone para contato (podendo ser para recado)
E-mail para resposta e agendamento da entrevista
Endereço completo da residência



**5.3.** Anexar junto ao e-mail os seguintes documentos escaneados:

- 5.3.1. Carteira de Identidade – RG ou Carteira Nacional de Habilitação - CNH;
- 5.3.2. CPF;
- 5.3.3. Comprovante de escolaridade;
- 5.3.4. Comprovante de residência;
- 5.3.5. Documentação médica comprobatória da deficiência;
- 5.3.6. Certificado de Reabilitação Profissional emitido pelo INSS, caso o candidato seja reabilitado;
- 5.3.7. Anexo I – Declaração e Autorização, devidamente preenchido e assinado;
- 5.3.8. Anexo II – Termo de Consentimento para Tratamento de Dados Pessoais, devidamente preenchido e assinado;
- 5.3.9. Anexo III – Ficha Cadastral, devidamente preenchido e assinado.

**5.4.** Os documentos anexados deverão estar legíveis para análise.

**5.5.** A inscrição implica no conhecimento e na aceitação, pelo candidato, de todas as disposições deste Edital.

**5.6.** O Sesi-SP não se responsabiliza por inscrições não concluídas devido às falhas tecnológicas, tais como: problema em servidores, transmissão de dados, provedores de acesso ou ainda lentidão provocada pelo excesso de acessos simultâneos ou por documentos ilegíveis anexados.

## **6. DA CONDIÇÃO DE ELEGIBILIDADE DOS CANDIDATOS A COMPOR O CADASTRO**

**6.1.** Serão considerados elegíveis para composição do cadastro e participação no **Projeto de Inclusão de Pessoas com Deficiência na Indústria**, os candidatos que atenderem a todos os requisitos estabelecidos neste Edital.

**6.2.** Ao participar deste Projeto, o candidato autoriza o Sesi-SP a:

6.2.1. Entregar as cópias das suas documentações e resultados das entrevistas (PRIMEIRA ETAPA), conforme descrito neste Edital, ao Grupo NC, compondo a entrega do banco de dados dos candidatos elegíveis para a Lei de Cotas, conforme descrito no item 2 – Escopo deste Edital.

6.2.2. Inutilizar as cópias das documentações descritas no item anterior, caso a deficiência não seja enquadrada na Lei de Cotas.

## **7. DO CRONOGRAMA PREVISTO PARA REALIZAÇÃO DAS INSCRIÇÕES**

**7.1.** O período para inscrição neste projeto é de 12/07/2021 a 14/08/2021. O Sesi-SP se reserva o direito de alterar esse período, validando exclusivamente com o Grupo NC, caso julgar necessário.



**7.2.** Caso haja alteração no período, a comunicação será realizada através do site do Sesi-SP.

**7.3.** O prazo de inscrição encerra-se, impreterivelmente, às 23h59min (horário de Brasília) do dia 14 de agosto de 2021. As inscrições recebidas após o encerramento do prazo serão desconsideradas.

## **8. DAS DISPOSIÇÕES GERAIS**

**8.1.** As entrevistas da primeira etapa poderão ser realizadas no formato on-line, especialmente por conta da pandemia do novo coronavírus. Neste caso, a ferramenta a ser utilizada será o *Teams*.

**8.2.** O endereço de correio eletrônico e os telefones informados no e-mail são os canais de comunicação entre o Sesi-SP e o participante. Toda a comunicação entre o Sesi-SP e o candidato se dará por e-mail ou telefone.

**8.3.** A constituição do banco de dados não implica na obrigatoriedade de contratação do candidato elegível. O banco de dados terá a função de oportunizar aos elegíveis a possibilidade de ocuparem futuras vagas no Grupo NC, conforme demanda do grupo.

**8.4.** Os casos omissos serão analisados pelo Núcleo de Inteligência Empresarial do Sesi-SP e pelo Grupo NC.

**8.5.** Informações, dúvidas e esclarecimentos sobre o conteúdo deste edital deverão ser encaminhados para o Núcleo de Inteligência Empresarial do Sesi-SP pelo e-mail [inclusaonaindustria@sesisp.org.br](mailto:inclusaonaindustria@sesisp.org.br), sendo necessária a identificação do candidato e do projeto em referência.



## ANEXO 1

### DECLARAÇÃO / AUTORIZAÇÃO

Eu, \_\_\_\_\_, CPF nº \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_:

**a. Declaro, para fins de direito, sob as penas da lei que:**

- toda a documentação e informações por mim prestadas e disponibilizadas são verdadeiras e autênticas e desde já autorizo a verificação dos dados.
- estou de acordo com as características do **Projeto de Inclusão de Pessoas com Deficiência na Indústria** e dou ciência do conteúdo descrito no Edital de Inscrição.
- estou ciente de que este projeto não inclui quaisquer tipos de vínculo empregatício com os parceiros envolvidos.
- Tenho ciência que serão selecionados, para compor o BANCO DE DADOS do Grupo NC, os candidatos que atenderem aos pré-requisitos estabelecidos no Edital.
- O fato de atender aos pré-requisitos do Edital do Projeto de Inclusão de Pessoas com Deficiência do Grupo NC não implica na obrigatoriedade da minha contratação, apenas a possibilidade de participar de um BANCO DE DADOS seletivo para concorrer a futuras vagas disponibilizadas pelas empresas do Grupo, conforme aplicável.

**b. Autorizo que :**

- seja tornada pública a minha condição de pessoa com deficiência.

Nada mais a declarar e ciente das responsabilidades pelas informações prestadas, firmo a presente.

Nome do Município, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura



## ANEXO 2

### TERMO DE CONSENTIMENTO PARA TRATAMENTO DE DADOS PESSOAIS

A Lei Geral de Proteção de Dados (Lei 13.709/2018) ou LGPD, tem como objetivo reforçar a responsabilidade e a transparência no tratamento dos seus dados pessoais (nome completo, data de nascimento, estado civil, nível de escolaridade, RG, CPF, endereço, números de telefone / whatsapp, e-mail), assim como de seus dados sensíveis (dado pessoal sobre origem racial ou étnica, convicção religiosa, filiação a sindicato ou a organização de caráter religioso, filosófico ou político, dado referente à saúde, dado genético ou biométrico).

Assim, no desempenho do nosso papel, o **SERVIÇO SOCIAL DA INDÚSTRIA - SESI**, Departamento Regional de São Paulo, inscrito no CNPJ sob o nº 03.779.133/0001-04, e o **SERVIÇO NACIONAL DE APRENDIZAGEM INDUSTRIAL - SENAI**, Departamento Regional de São Paulo, inscrito no CNPJ sob o nº 03.774.819/0001-02, ambos localizados na Avenida Paulista nº 1313, 3º andar, Bairro Bela Vista, na cidade de São Paulo, Estado de São Paulo, pedem o seu consentimento para armazená-los e utilizá-los (os seus dados) com toda segurança e privacidade.

Para isso é necessário que você preencha o **Termo de Consentimento para Tratamento de Dados**, sinalizando que você concorda com o uso seguro e responsável de suas informações pelo SESI-SP/SENAI-SP, além de pressupor o conhecimento sobre as práticas estipuladas na **Política de Privacidade**.

Ao concordar com o **Termo** nós poderemos:

- Encaminhar seus dados pessoais para empresas que estão realizando processos seletivos para contratação de Pessoas com Deficiência ou outras ações de mesma natureza.
- Armazenar seus dados pessoais e pessoais sensíveis em nossos bancos de dados pelo período de 12 meses a contar da data de consentimento.
- Entrar em contato com você por telefone, e-mail, whatsapp ou outras formas de comunicação.

Sem o seu OK nada disso será possível, por favor preencha abaixo o seu consentimento para que possamos utilizar as suas informações.

**Nome Completo:**

**RG/CPF:**

**Endereço:**

**Telefone:**

**E-mail:**

Ressaltamos que é possível retirar, a qualquer momento, o seu consentimento. Também será possível solicitar o acesso aos seus dados pessoais, bem como a sua retificação, eliminação, limitação do seu tratamento e a portabilidade dos seus dados.

Caso tenha dúvidas sobre o tratamento dos dados, é possível nos contatar através do e-mail: [comissaolgpd@sesisenaisp.org.br](mailto:comissaolgpd@sesisenaisp.org.br)

**ANEXO 3**

 <p>Programa de Inclusão de pessoas com deficiência <b>na indústria</b> SESI-SP</p>	<b>Ficha Cadastral</b>	Ano: 2021
--	------------------------	-----------

<b>Previsão: de __/__/2021 a __/__/2021. Prazo para inscrições: __/__/2021. Divulgação do resultado: __/__/2021</b>			
<b>Projeto de Inclusão de Pessoas com Deficiência na Indústria Grupo NC</b>			
1. Como ficou sabendo do projeto?			
<input type="checkbox"/> Site do SESI	<input type="checkbox"/> Instituição especializada parceira. Qual? _____	<input type="checkbox"/> Outro: _____	
2. Horário disponível para entrevista inicial: <input type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde <input type="checkbox"/> Ambos.			
<b>3. Dados Pessoais</b>			
Nome completo: _____			
Data de nascimento: ____/____/____		Sexo: <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Masculino	
Estado civil: _____		Tem filhos? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim. Quantos? _____	
Nacionalidade: _____		Naturalidade: _____	
RG nº: _____		CPF nº: _____	
Nome do pai: _____		Telefone: ( ) _____	
Nome da mãe: _____		Telefone: ( ) _____	
<b>4. Endereço completo / Contato</b>			
Rua/Av.: _____			nº: _____
Complemento: _____		Bairro: _____	
Cidade: _____		UF: _____	CEP: _____
E-mail: _____			
Telefone fixo: ( ) _____		Telefone celular: ( ) _____	
<b>5. Nível de escolaridade</b>			
<input type="checkbox"/> Não frequentou escola. Tem interesse em voltar a estudar? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			
<input type="checkbox"/> Fundamental incompleto. Último ano (série) cursado: _____ Como você avalia seu aproveitamento escolar? <input type="checkbox"/> Ótimo <input type="checkbox"/> Bom <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Ruim Tem interesse em voltar a estudar? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			
<input type="checkbox"/> Fundamental completo. Último ano (série) cursado: _____ Como você avalia seu aproveitamento escolar? <input type="checkbox"/> Ótimo <input type="checkbox"/> Bom <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Ruim Tem interesse em voltar a estudar? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			
<input type="checkbox"/> Médio incompleto. Último ano (série) cursado: _____			



Como você avalia seu aproveitamento escolar? <input type="checkbox"/> Ótimo <input type="checkbox"/> Bom <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Ruim			
Tem interesse em voltar a estudar? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			
<input type="checkbox"/> Médio completo.			
Como você avalia seu aproveitamento escolar? <input type="checkbox"/> Ótimo <input type="checkbox"/> Bom <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Ruim			
<input type="checkbox"/> Curso técnico. Curso: _____			
<input type="checkbox"/> Curso de aprendizagem. Curso: _____ Instituição: _____			
<input type="checkbox"/> Superior completo. Curso: _____	<input type="checkbox"/> Superior incompleto. Curso: _____		
<input type="checkbox"/> Pós-graduação completo	<input type="checkbox"/> Pós-graduação incompleto		
<input type="checkbox"/> Mestrado completo	<input type="checkbox"/> Mestrado incompleto		
<input type="checkbox"/> Doutorado completo	<input type="checkbox"/> Doutorado incompleto		
Observações:			
Já fez algum curso no SENAI? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim. Qual? _____			
<b>6. Tipo de instituição de ensino frequentada no curso mais recente?</b>			
<input type="checkbox"/> Particular	<input type="checkbox"/> Pública municipal	<input type="checkbox"/> Pública estadual	<input type="checkbox"/> Pública federal
<input type="checkbox"/> Não declarado	<input type="checkbox"/> Outros: _____		
<b>7. Tipo de Deficiência</b>			
<input type="checkbox"/> Cegueira	<input type="checkbox"/> Surdez total	<input type="checkbox"/> Deficiência intelectual	
<input type="checkbox"/> Baixa visão	<input type="checkbox"/> Surdez parcial	<input type="checkbox"/> TEA – Transtorno do espectro autista	
<input type="checkbox"/> Visão Monocular	<input type="checkbox"/> Surdocegueira	<input type="checkbox"/> Deficiência psicossocial	
<input type="checkbox"/> Deficiência física	<input type="checkbox"/> Deficiência múltipla	-----	
Especifique: _____			
<b>8. Causa da Deficiência</b>			
<input type="checkbox"/> Congênita (de nascimento)	<input type="checkbox"/> Adquirida	<input type="checkbox"/> Outros. Especifique: _____	
<b>9. Situação ocupacional atual</b>			
<input type="checkbox"/> Empregado Formal	<input type="checkbox"/> Desempregado	<input type="checkbox"/> Empregador	
<input type="checkbox"/> Empregado Informal	<input type="checkbox"/> Profissional liberal	<input type="checkbox"/> Aposentado por tempo de serviço	
<input type="checkbox"/> Autônomo	<input type="checkbox"/> Estagiário	<input type="checkbox"/> Aposentado por invalidez	
<input type="checkbox"/> Reabilitado do INSS	<input type="checkbox"/> Estudante	<input type="checkbox"/> Aprendiz	
<input type="checkbox"/> Aguardando parecer da Justiça para reintegração na empresa			
Cargo ou função exercida no emprego atual: _____			
<b>9.1. Possui carteira profissional?</b> <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			
<b>9.2. Possui experiência profissional?</b> <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			
Caso afirmativo, especifique: _____			
<b>9.3. Você está trabalhando atualmente?</b>			
<input type="checkbox"/> Sim. Local: _____ Horário de trabalho: Das ____h ____ às ____h ____			
<input type="checkbox"/> Não			



**9.3.1. Caso afirmativo, quantos registros em carteira você possui no momento?**

- Nenhum vínculo     um vínculo     dois vínculos     mais de dois vínculos

**9.4. Já trabalhou pela Lei de Cotas?**     Sim     Não

Observações:

**10. Recebe algum benefício do Governo?**

- Sim  
 Não  
 Estou com processo judicial em andamento, com a demanda de benefício previdenciário. Qual benefício? \_\_\_\_\_

**Caso a resposta seja “sim”, qual dos benefícios abaixo você recebe?**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> BPC / LOAS – Benefício de Prestação Continuada, por ser pessoa com deficiência. | <input type="checkbox"/> Aposentadoria por tempo de serviço ou idade |
| <input type="checkbox"/> Auxílio-doença  | <input type="checkbox"/> Aposentadoria por invalidez                 |
| <input type="checkbox"/> Auxílio-acidente  |  |
| <input type="checkbox"/> Outros. Qual (is)? _____  |  |

Nome do Município, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura