

## ATO ADMINISTRATIVO Nº 17/2022

### CONVOCAÇÃO PARA ADMISSÃO DOS EMPREGADOS PÚBLICOS

CONCURSO PÚBLICO DESTINADO À CONTRATAÇÃO DE EMPREGADOS E FORMAÇÃO DE CADASTRO RESERVA  
PARA O QUADRO DE FUNCIONÁRIOS DA FUNDAÇÃO ESTATAL DE SAÚDE DE NITERÓI

A Diretora Geral da Fundação Estatal de Saúde de Niterói - FeSaúde, no uso de suas atribuições legais e considerando a homologação do resultado do Concurso Público Nº 01/2020, destinado à contratação de empregados e formação de cadastro de reserva para o Quadro de Funcionários da Fundação Estatal de Saúde de Niterói, regido pela legislação pertinente e normas regulamentares estabelecidas nesta convocação, seus Anexos, eventuais retificações e outros atos, torna pública a Convocação dos Candidatos classificados com vistas à admissão, observadas as condições abaixo especificadas:

#### 1. DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO (VIA REMOTA)

**1.1.** Os documentos para admissão deverão ser enviados, no formato PDF, para o e-mail [cadastro@fesaude.niteroi.rj.gov.br](mailto:cadastro@fesaude.niteroi.rj.gov.br), até o dia 29/09/2022, conforme disposto no **Anexo I**;

**1.2.** Lista de documentos para admissão (envio por e-mail):

| DOCUMENTOS EXIGIDOS                                                                                                                                                                            |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Cópia da Certidão de Nascimento ou Casamento                                                                                                                                                   |
| Cópia do diploma de conclusão do curso (todos os comprovantes de escolaridade deverão ser fornecidos por Instituição de Ensino reconhecida pelo MEC).                                          |
| Cópia do RG                                                                                                                                                                                    |
| Cópia do Cartão CPF                                                                                                                                                                            |
| Cópia do Certificado de Reservista                                                                                                                                                             |
| Cópia do Título de Eleitor                                                                                                                                                                     |
| Carteira de Trabalho e Prev. Social (Original) e cópia (frente, qualificação civil e último registro com baixa)                                                                                |
| PIS – Apresentação da Inscrição                                                                                                                                                                |
| Cópia do Comprovante de Residência de água, luz, gás, telefone * emissão inferior a 90 dias                                                                                                    |
| Cópia do Registro do Conselho Profissional                                                                                                                                                     |
| Cópia do Comprovante de pagamento do Conselho Profissional (ano vigente).                                                                                                                      |
| Certidão Negativa emitida pelo conselho profissional                                                                                                                                           |
| 1 foto 3x4 para crachá - versão digital (.jpg)                                                                                                                                                 |
| CNIS (exigido para Agentes Comunitários de Saúde)                                                                                                                                              |
| Certidão Negativa de Improbidade Administrativa<br><a href="https://www.cnj.jus.br/improbidade_adm/consultar_requerido.php">https://www.cnj.jus.br/improbidade_adm/consultar_requerido.php</a> |

Declaração completa do Imposto de Renda (ano anterior) – Não enviar digitalmente. A cópia impressa deverá ser entregue no dia da admissão, em envelope devidamente lacrado.

Certidão impressa de regularidade no e-social:

<http://consultacadastral.inss.gov.br/Esocial/pages/index.xhtml>

Caso acuse divergências, fazer a gentileza de procurar o órgão informado para regularização, pois somente será aceita a consulta impressa sem divergências. Em caso de primeiro emprego, a FeSaúde fará o cadastramento do PIS e emitirá a certidão

Certidão de Regularidade CPF (site da Site da Receita Federal)

<https://servicos.receita.fazenda.gov.br/servicos/cpf/consultasituacao/consultapublica.asp>

Certidão de Regularidade TRE (site TRE)

[https://www.tse.jus.br/eleitor/titulo-e-local-de-votacao/copy\\_of\\_consulta-por-nome](https://www.tse.jus.br/eleitor/titulo-e-local-de-votacao/copy_of_consulta-por-nome)

Cópia da Caderneta ou atestado de vacinação do profissional, com os registros das seguintes vacinas: Dupla – Tétano e Difteria, Hepatite B, Covid-19

Ficha Cadastral preenchida e assinada (Formulário – Anexo II)

Declaração de cargos/empregos ou funções preenchida e assinada (Formulário – Anexo II)

Declaração de Dependentes Imposto de Renda preenchida e assinada (Formulário – Anexo II)

#### **DEPENDENTES**

Cópia da Certidão de Nascimento (filhos até 14 anos)

Cópia da Caderneta de Vacinação (filhos até 06 anos)

Comprovante de escolaridade (filhos até 14 anos)

Cópia da frequência escolar (filhos a partir de 6 anos)

Cópia do CPF de todos os dependentes (obrigatório)

**1.3.** O envio dos documentos deve ser realizado, preferencialmente, em uma única vez, ou seja, que no mesmo email de envio estejam concentrados todos os documentos exigidos no Item 1.2 e os Formulários preenchidos, conforme modelos disponibilizados no **Anexo II**.

## **2. DO LOCAL DE REALIZAÇÃO DA ADMISSÃO**

**2.1.** O processo de admissão dos candidatos será realizado na Rua Santa Clara, 102 – Ponta da Areia – Niterói/RJ.

## **3. DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO PRESENCIAL E EXAME MÉDICO ADMISSIONAL**

**3.1.** Os candidatos deverão comparecer no dia e hora agendados, conforme disposto no **Anexo I**, para apresentação dos documentos originais e cópias listados no item 1.2 e realização do exame médico admissional;

**3.2.** Nesta etapa de validação, não serão recebidos documentos de forma parcial, sendo que a falta de qualquer documento impedirá o candidato de realizar o exame clínico admissional.

#### **4. DA ESCOLHA DA LOTAÇÃO**

**4.1.** A escolha da lotação será por ordem de convocação;

4.1.1. A ordem de convocação considera a classificação dos candidatos aprovados para as vagas de ampla concorrência (AC), vagas reservadas para pessoas pretas ou pardas (PPP) e vagas reservadas para pessoas com deficiência (PCD);

**4.2.** Os locais de trabalho com vagas disponíveis serão informados no dia da entrega da documentação.

#### **5. DAS DISPOSIÇÕES FINAIS:**

**5.1.** O não comparecimento no prazo estipulado implicará a renúncia tácita do candidato convocado e, consequentemente, a perda do direito à admissão para o emprego para o qual foi aprovado, podendo a FeSaúde convocar o candidato imediatamente posterior, obedecendo a ordem de classificação.

**5.2.** A remarcação do dia para entrega de documentos será realizada mediante apresentação de justificativa, que impossibilite o comparecimento na data estabelecida nesta convocação;

**5.3.** A solicitação de remarcação deverá ser enviada para o e-mail [cadastro@fesaude.niteroi.rj.gov.br](mailto:cadastro@fesaude.niteroi.rj.gov.br) no mesmo dia definido para entrega de documentos, conforme no Anexo I;

**5.4.** O procedimento admissional será presencial, individual e intransferível;

**5.5.** A Fundação Estatal de Saúde de Niterói - FeSaúde se reserva o direito de proceder às convocações para as contratações por etapas, em número que atenda aos interesses e às necessidades da FeSaúde, observada a classificação final e a validade do Concurso.

a) Os Candidatos que não foram classificados dentro do número de vagas ofertadas nos quadros de vagas, formarão Cadastro de Reserva durante a validade do Concurso e, no caso de surgimento de novas vagas, poderão ser convocados pela FeSaúde, para realizar os procedimentos relativos à contratação.

b) O Candidato aprovado que, regularmente convocado, segundo a ordem de classificação final, não comparecer ao endereço indicado e na data marcada pela Fesaúde, para efetivação da contratação, será automaticamente eliminado do Concurso.

c) Os casos omissos e situações não previstas nesta convocação serão avaliados pela Fundação Estatal de Saúde de Niterói.

Niterói, 23 de setembro de 2022.

**Anamaria Carvalho Schneider**

**Diretora Geral na Fundação Estatal de Saúde de Niterói**

**ANEXO I**  
**CANDIDATOS CONVOCADOS PARA ADMISSÃO (DIA E HORA)**

**LOCAL: Rua Santa Clara, Nº 102 – Ponta da Areia – Niterói/RJ**

| QUADRO | EMPREGO                   | INSCRICAO  | NOME                                          | CADASTRO UTILIZADO | CLASSIFICAÇÃO | ORDEM DE CONVOCAÇÃO * | DATA       | HORA  |
|--------|---------------------------|------------|-----------------------------------------------|--------------------|---------------|-----------------------|------------|-------|
| CnR    | CIRURGIÃO-DENTISTA        | 4126141650 | GISELLE SENNA LAGE                            | AC                 | 6             | 6                     | 30/09/2022 | 09:00 |
| NASF   | FARMACÊUTICO              | 4226108969 | GABRIELA RIBEIRO DELLAMARQUE                  | AC                 | 8             | 9                     | 30/09/2022 | 09:00 |
| NASF   | TERAPEUTA OCUPACIONAL     | 4306114190 | PATRICIA MIRANDA GAIA PEREIRA                 | AC                 | 17            | 17                    | 30/09/2022 | 09:00 |
| ADM    | ASSISTENTE ADMINISTRATIVO | 5015427239 | VAGNER CAMINHAS SANTANA                       | AC                 | 73            | 96                    | 30/09/2022 | 09:00 |
| ADM    | ASSISTENTE ADMINISTRATIVO | 5015454323 | ANDRE MARINS DANIEL                           | PP                 | 137           | 97                    | 30/09/2022 | 09:00 |
| ADM    | ASSISTENTE ADMINISTRATIVO | 5015005641 | GEDALVA DE OLIVEIRA DA FONSECA                | AC                 | 74            | 98                    | 30/09/2022 | 09:00 |
| PMF    | CIRURGIÃO-DENTISTA        | 4016127393 | MONICA MORAES MAYER                           | AC                 | 25            | 34                    | 30/09/2022 | 09:00 |
| PMF    | TÉCNICO DE ENFERMAGEM     | 5035364138 | RAMILA PRUDENCIO GERMANO                      | PP                 | 250           | 175                   | 30/09/2022 | 09:00 |
| PMF    | TÉCNICO DE ENFERMAGEM     | 5035267017 | ANDRE JUNIO CANDIDO DE OLIVEIRA               | AC                 | 153           | 176                   | 30/09/2022 | 09:00 |
| RAPS   | CUIDADOR EM SAÚDE MENTAL  | 6412143856 | MARIA LIDIA NOVAES CORREA                     | AC                 | 122           | 123                   | 30/09/2022 | 09:00 |
| RAPS   | MÉDICO PSIQUIATRA         | 4576347905 | JOSE JONAS ARAUJO MANOEL (nome social de TAM) | AC                 | 45            | 45                    | 30/09/2022 | 09:00 |
| RAPS   | MÉDICO PSIQUIATRA         | 4576338409 | TAIS DE AZEVEDO MACHADO DINIZ                 | AC                 | 46            | 46                    | 30/09/2022 | 09:00 |
| RAPS   | MÉDICO PSIQUIATRA         | 4576150106 | ANA CAROLINA BALARINI CAMARGO                 | AC                 | 47            | 47                    | 30/09/2022 | 09:00 |



|                                                                                                                                      |                            |            |                                  |    |    |    |            |       |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|------------|----------------------------------|----|----|----|------------|-------|
|                                                                                                                                      |                            |            |                                  |    |    |    |            |       |
| RAPS                                                                                                                                 | OFICINEIRO EM SAÚDE MENTAL | 5265458800 | SHAYANA DOS SANTOS SILVA BARRETO | AC | 17 | 19 | 30/09/2022 | 09:00 |
|                                                                                                                                      |                            |            |                                  |    |    |    |            |       |
| RAPS                                                                                                                                 | TÉCNICO DE ENFERMAGEM      | 5235127619 | BRENDA LUIZA OLIVEIRA DA SILVA   | AC | 17 | 25 | 30/09/2022 | 09:00 |
| * A ORDEM DE CONVOCAÇÃO CONSIDERA A RESERVA DE VAGAS PARA OS CANDIDATOS AUTODECLARADOS COMO PESSOA COM DEFICIÊNCIA OU PRETOS/PARDOS. |                            |            |                                  |    |    |    |            |       |

## ANEXO II

## FORMULÁRIOS

**FORMULÁRIO ADMISSIONAL**

**DECLARAÇÃO DE CARGOS/ EMPREGOS OU FUNÇÕES**

|                     |  |
|---------------------|--|
| <b>NOME:</b>        |  |
| <b>NOME SOCIAL:</b> |  |

|             |  |                            |  |
|-------------|--|----------------------------|--|
| <b>CPF:</b> |  | <b>DATA DE NASCIMENTO:</b> |  |
|-------------|--|----------------------------|--|

**Cargo que ocupa na FeSaúde:**

\_\_\_\_\_

DECLARO, sob pena de responsabilidade, para fins de acumulação remunerada que:

( ) Não exerço ( ) Exerço ( ) Outro Cargo ( ) Emprego ( ) Função Pública

Os Campos abaixo somente deverão ser preenchidos no caso do declarante ocupar outro cargo, emprego ou função pública

**1. Identificação da Instituição em que exerce a outra atividade.**

Nome/Unidade: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

Cargo/Emprego/Função: \_\_\_\_\_

Regime Jurídico: \_\_\_\_\_

**2. Carga Horária em que exerce a outra atividade:**

Dia e horário trabalhado: \_\_\_\_\_

Carga horária semanal: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura

## FICHA CADASTRAL

|                                                                                                                                                                                                                               |         |                |         |                        |          |                           |       |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|----------------|---------|------------------------|----------|---------------------------|-------|
| Vaga/Cargo:                                                                                                                                                                                                                   |         |                |         | Carga Horária Semanal: |          |                           |       |
| Setor/Unidade de Lotação:                                                                                                                                                                                                     |         |                |         | Centro de Custo:       |          |                           |       |
| <b>Dados do Candidato</b>                                                                                                                                                                                                     |         |                |         |                        |          |                           |       |
| Nome:                                                                                                                                                                                                                         |         |                |         |                        |          |                           |       |
| Nome Social:                                                                                                                                                                                                                  |         |                |         |                        |          |                           |       |
| Identidade de Gênero:                                                                                                                                                                                                         |         |                |         |                        |          |                           |       |
| Qual é a sua cor ou raça:                                                                                                                                                                                                     |         |                |         |                        |          |                           |       |
| Nacionalidade:                                                                                                                                                                                                                |         | Naturalidade:  |         | Data de Nascimento:    |          |                           |       |
| RG:                                                                                                                                                                                                                           |         | Órgão Emissor: |         | Data de emissão        |          |                           |       |
| CPF:                                                                                                                                                                                                                          |         | PIS:           |         | Título de eleitor      |          |                           |       |
| CTPS:                                                                                                                                                                                                                         |         | Serie/UF       |         | Data emissao:          |          |                           |       |
| Banco:                                                                                                                                                                                                                        |         | Agência:       |         | Conta corrente:        |          |                           |       |
| Obs: As informações bancárias precisam ser do próprio candidato, e só pode ser conta corrente.                                                                                                                                |         |                |         |                        |          |                           |       |
| Declaração de IR: (   ) Sim   (   ) Não   -   Nº de Dependentes:                                                                                                                                                              |         |                |         |                        |          |                           |       |
| Nome do Pai:                                                                                                                                                                                                                  |         |                |         |                        |          |                           |       |
| Nome da mãe:                                                                                                                                                                                                                  |         |                |         |                        |          |                           |       |
| Você é uma Pessoa com Deficiência?                                                                                                                                                                                            |         | Não (   )      |         | Sim (   )              |          | Qual é a sua deficiência: |       |
| Você necessita de alguma tecnologia assistiva para apoiar o seu processo de trabalho? Por exemplo, se a deficiência for visual - teclado em braille, programa leitor de tela, por exemplo. Se sim, descreve quais, por favor: |         |                |         |                        |          |                           |       |
| <b>Endereço</b>                                                                                                                                                                                                               |         |                |         |                        |          |                           |       |
| Rua:                                                                                                                                                                                                                          |         |                |         |                        |          |                           |       |
| Número:                                                                                                                                                                                                                       |         | Bairro:        |         |                        | CEP:     |                           |       |
| E-mail:                                                                                                                                                                                                                       |         |                |         |                        |          |                           |       |
| Telefones:                                                                                                                                                                                                                    |         |                |         |                        |          |                           |       |
| <b>Vestuário</b>                                                                                                                                                                                                              |         |                |         |                        |          |                           |       |
| Blusa                                                                                                                                                                                                                         | P (   ) | M (   )        | G (   ) | GG (   )               | XG (   ) | Calçado nº                |       |
| Calça                                                                                                                                                                                                                         | P (   ) | M (   )        | G (   ) | GG (   )               | XG (   ) | Obs:                      |       |
| <b>Escolaridade</b>                                                                                                                                                                                                           |         |                |         |                        |          |                           |       |
| Ensino Fundamental                                                                                                                                                                                                            |         |                |         | Completo               | (   )    | Incompleto                | (   ) |
| Ensino Médio                                                                                                                                                                                                                  |         |                |         | Completo               | (   )    | Incompleto                | (   ) |
| Ensino Superior                                                                                                                                                                                                               |         |                |         | Completo               | (   )    | Incompleto                | (   ) |
| Pós Graduação                                                                                                                                                                                                                 |         |                |         | Completo               | (   )    | Incompleto                | (   ) |
| Mestrado (   ) Acadêmico - (   ) Profissional                                                                                                                                                                                 |         |                |         | Completo               | (   )    | Incompleto                | (   ) |
| Outras especializações:                                                                                                                                                                                                       |         |                |         |                        |          |                           |       |
| O candidato é responsável pela exatidão e veracidade das informações prestadas no requerimento de inscrição.                                                                                                                  |         |                |         |                        |          |                           |       |
| Assinatura:                                                                                                                                                                                                                   |         |                |         |                        | Data:    |                           |       |

**FORMULÁRIO DE DEPENDENTES DE IMPOSTO DE RENDA**

EMPRESA: FUNDAÇÃO ESTATAL DE SAÚDE DE NITERÓI

UNIDADE DE LOTAÇÃO: \_\_\_\_\_ CENTRO CUSTO \_\_\_\_\_

CARGO: \_\_\_\_\_

**DADOS DO FUNCIONÁRIO**

EMPREGADO: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

| NOME DO DEPENDENTE | CPF | NASCIMENTO | PARENTESCO |
|--------------------|-----|------------|------------|
|                    |     |            |            |
|                    |     |            |            |
|                    |     |            |            |
|                    |     |            |            |
|                    |     |            |            |
|                    |     |            |            |
|                    |     |            |            |
|                    |     |            |            |
|                    |     |            |            |

(   ) NÃO POSSUO DEPENDENTES.

DECLARO SOB RESPONSABILIDADE CIVIL, PENAL E TRIBUTÁRIA, QUE TODAS AS PESSOAS RELACIONADAS ACIMA SÃO MEUS DEPENDENTES PARA FINS DE IMPOSTO DE RENDA, NA FORMA DA LEI, NÃO CABENDO À FONTE PAGADORA QUALQUER RESPONSABILIDADE SOBRE AS INFORMAÇÕES POR MIM PRESTADAS. COMPROMETO-ME A COMUNICAR, IMEDIATAMENTE, À FESAÚDE, QUALQUER ALTERAÇÃO QUE VENHA OCORRER NA RELAÇÃO ACIMA.

Em: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_