

ATO ADMINISTRATIVO Nº 18/2022

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, até o dia 15/10/2022, 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 https://www.cnj.jus.br/improbidade_adm/consultar_requerido.php

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

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 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, 10 de outubro de 2022.

Anamaria Carvalho Schneider

Diretora Geral na Fundação Estatal de Saúde de Niterói

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

QUADRO	EMPREGO	INSCRICAO	NOME	CADASTRO UTILIZADO	CLASSIFICAÇÃO	ORDEM DE CONVOCAÇÃO *	DATA	HORA
NASF	FARMACÊUTICO	4226041630	MARIANA DE ALMEIDA BARBOSA	AC	9	10	17/10/2022	09:00
NASF	TERAPEUTA OCUPACIONAL	4306377857	TATIANE DE ASSIS ALEGRE	AC	18	18	17/10/2022	09:00
MMF ENGENHO DO MATO	AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE	6012017112	ROSEANNE BARBOSA DA SILVA	PP	19	14	17/10/2022	09:00
PMF	CIRURGIÃO-DENTISTA	4016308143	MARIANA BRAZ HERZOG	AC	26	35	17/10/2022	09:00
PMF	ENFERMEIRO	4026421270	KESSIA FRANCA MOREIRA	PP	386	177	17/10/2022	09:00
PMF	TÉCNICO DE ENFERMAGEM	5035288281	ISABELE FIGUEIREDO DIAS	AC	154	177	17/10/2022	09:00
PMF	TÉCNICO DE ENFERMAGEM	5035138773	BRENDA SANTANA ROCHA ANDRADE DA SILVA	AC	155	178	17/10/2022	09:00
RAPS	AGENTE REDUTOR DE DANOS	5255483506	LUIZ HENRIQUE FREIRE DE SOUZA	AC	21	23	17/10/2022	09:00
RAPS	MÉDICO PSIQUIATRA	4576082282	LUIS EDUARDO NUNES DE ALMEIDA	AC	13	13	17/10/2022	09:00
RAPS	OFICINEIRO EM SAÚDE MENTAL	5265468908	LAURA SANTOS VAZ	PP	30	20	17/10/2022	09:00
RAPS	TÉCNICO DE ENFERMAGEM	5235026047	CAMILA DE CASTRO GOMES	AC	18	26	17/10/2022	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

NOME:	
NOME SOCIAL:	

CPF:		DATA DE NASCIMENTO:	
-------------	--	----------------------------	--

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:			
Dados do Candidato							
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:							
Endereço							
Rua:							
Número:		Bairro:			CEP:		
E-mail:							
Telefones:							
Vestuário							
Blusa	P ()	M ()	G ()	GG ()	XG ()	Calçado nº	
Calça	P ()	M ()	G ()	GG ()	XG ()	Obs:	
Escolaridade							
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: _____