

ATO ADMINISTRATIVO Nº 03/2022

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 reserva para o Quadro de Funcionários da Fundação Estatal de Saúde de Niterói, que será regido pela legislação pertinente e mediante as 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 seguintes condições.

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 02 (dois) dias antes da data agendada para admissão, 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
Extrato completo da Declaração do IRRF (ano anterior)
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. Só será aceita a consulta impressa sem divergências. Salvo o caso de primeiro emprego, pois para estes 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
Solicitação de Vale Transporte (Formulário – Anexo II)
Cópia 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)
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, conseqüentemente, 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 somente mediante apresentação de atestado médico ou teste de Covid positivo, 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) Visando à minimização de riscos referentes à COVID19, nos dias que acontecerão a etapa de exame médico clínico admissional e validação de documentação, é obrigatória a utilização de máscaras faciais de tecido ou cirúrgicas (três camadas) durante todo o tempo de permanência no local. É recomendado, ainda, levar garrafa com água, levar caneta esferográfica para assinatura da lista de presença, evitando o intercâmbio de materiais com outras pessoas, e portar frasco com álcool 70%.

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



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	ORDEM DE CONVOCAÇÃO	CADASTRO UTILIZADO	INSCRICAO	NOME	DATA	HORA
RAPS	Cuidador em Saúde Mental	50	AC	6412145000	RAYSSA RAMOS DE OLIVEIRA	02/04/2022	09:00
RAPS	Cuidador em Saúde Mental	51	AC	6412145062	CLARICE RODRIGUES FONTELES DE SOUZA	02/04/2022	09:00
RAPS	Cuidador em Saúde Mental	52	AC	6412135378	ALEXANDRE LEMOS DE SOUZA	02/04/2022	09:00
RAPS	Cuidador em Saúde Mental	53	AC	6412146561	KEVELYN SANTANA NUNES	02/04/2022	09:00
RAPS	Cuidador em Saúde Mental	54	AC	6412144501	THAYNA VIEIRA NUNES	02/04/2022	09:00
RAPS	Cuidador em Saúde Mental	55	AC	6412135641	VIVIANNE DA CRUZ	02/04/2022	09:00
RAPS	Cuidador em Saúde Mental	56	AC	6412152053	VALERIA CRISTINA DE CASTRO MONTEIRO	02/04/2022	09:00
RAPS	Enfermeiro	9	AC	4536058152	MARIANA COUTINHO DE ALMEIDA	02/04/2022	09:00
RAPS	Enfermeiro	10	AC	4536046800	VIVIAN DOS SANTOS TEIXEIRA	02/04/2022	09:00
RAPS	Enfermeiro	11	AC	4536037469	FERNANDA PINTO DA SILVA	02/04/2022	09:00
RAPS	Enfermeiro	12	AC	4536067945	SAMIRA PEREIRA RODRIGUES CANUTO	02/04/2022	09:00
RAPS	Farmacêutico	5	AC	4546289048	ITALO DOUGLAS ARAUJO PEREIRA	02/04/2022	09:00
RAPS	Farmacêutico	6	PP	4546059730	MARIA CAROLINA GUIMARAES DAS NEVES DO COUTO	02/04/2022	09:00
RAPS	Psicólogo	15	AC	4606428486	GESSICA SILVA DE OLIVEIRA	02/04/2022	09:00
RAPS	Técnico de Enfermagem	19	AC	5235091511	GABRIELE FERREIRA FLORES	02/04/2022	09:00
RAPS	Médico Psiquiatra	9	AC	4576273946	PAULA VIGNE PIRES FERREIRA	02/04/2022	09:00
RAPS	Médico Psiquiatra	10	AC	4576081599	LIVIA CARDOSO DE FREITAS	02/04/2022	10:00
RAPS	Médico Psiquiatra	11	AC	4576068444	VANESSA OLIVEIRA GOMES	02/04/2022	10:00
RAPS	Médico Psiquiatra	12	AC	4576247571	JURRAINE HERCULANO PEREIRA	02/04/2022	10:00

PMF	Enfermeiro	105	AC	4026007713	FABIANA PRADO PRIORI	02/04/2022	10:00
PMF	Enfermeiro	106	AC	4026257033	LUIZA COLARES RIBEIRO	02/04/2022	10:00
PMF	Enfermeiro	107	AC	4026026276	LUCIENE CONCEICAO DIONIZIO	02/04/2022	10:00
PMF	Enfermeiro	108	PP	4026056178	DANIELA GOMES SOUZA	02/04/2022	10:00
PMF	Enfermeiro	109	AC	4026028664	THATIANY DE OLIVEIRA FIRME SEIXAS	02/04/2022	10:00
PMF	Enfermeiro	110	AC	4026332522	CLEBER EDUARDO PEREIRA DOS SANTOS	02/04/2022	10:00
PMF	Enfermeiro	111	PCD	4026298506	LUCIO MAURO DA SILVA PARANHOS	02/04/2022	10:00
PMF	Enfermeiro	112	AC	4026272447	ANNA CAROLINA ALVES DA SILVA	02/04/2022	10:00
PMF	Enfermeiro	113	AC	4026068509	BRUNA LINS ROCHA DE PADUA	02/04/2022	10:00
PMF	Enfermeiro	114	PP	4026419837	ERIKA SOUSA DOMINGUES SILVA	02/04/2022	10:00
PMF	Enfermeiro	115	AC	4026053619	DYANNA JOIA DOS SANTOS DE CARVALHO	02/04/2022	10:00
PMF	Enfermeiro	116	AC	4026075514	RODRIGO FRANCA MOTA	02/04/2022	10:00
PMF	Enfermeiro	117	AC	4026086056	FELIPA NAARAI LIMA NUNES	02/04/2022	10:00
PMF	Enfermeiro	118	PP	4026123804	LARISSA BRAZ DA SILVA	02/04/2022	10:00
PMF	Enfermeiro	119	AC	4026045478	NATALIA OLIVEIRA MONTEIRO	02/04/2022	11:00
PMF	Enfermeiro	120	AC	4026045105	REGIANE BRONUS MORAES RIGUEIRA	02/04/2022	11:00
PMF	Enfermeiro	121	PCD	4026308533	VIVIANE TEIXEIRA DA COSTA	02/04/2022	11:00
PMF	Enfermeiro	122	AC	4026078425	FERNANDA RODRIGUES GONCALVES ZEFERINO	02/04/2022	11:00
PMF	Técnico de Enfermagem	105	AC	5035326291	GLAUCIA LIRA DO NASCIMENTO	02/04/2022	11:00
PMF	Técnico de Enfermagem	106	AC	5035003045	RODRIGO VINICIUS DE AZEVEDO GONCALVES	02/04/2022	11:00
PMF	Técnico de Enfermagem	107	PP	5035450925	ADRIENE MOREIRA DOS SANTOS	02/04/2022	11:00
PMF	Técnico de Enfermagem	108	AC	5035059240	PRISCILLA JOSE DA SILVA	02/04/2022	11:00
PMF	Técnico de Enfermagem	109	AC	5035399092	PETULA SOUZA DE MELO	02/04/2022	11:00
PMF	Técnico de Enfermagem	110	AC	5035120518	ELISABETE FERREIRA VIEIRA DE AZEVEDO	02/04/2022	11:00
PMF	Técnico de Enfermagem	111	AC	5035245629	JOAO GUSTAVO RODRIGUES FERNANDES	02/04/2022	11:00
PMF	Técnico de Enfermagem	112	PP	5035455078	AMANDA DA SILVA PEREIRA	02/04/2022	11:00
PMF	Técnico de Enfermagem	113	AC	5035088033	MARCIA AZEVEDO GRIPP	02/04/2022	11:00

PMF	Técnico de Enfermagem	114	AC	5035268243	LILANDRA TORQUATO MEDRADO DE LIMA	02/04/2022	11:00
PMF	Técnico de Enfermagem	115	AC	5035240368	BEATRIZ DE OLIVEIRA RAMOS	02/04/2022	11:00
PMF	Técnico de Enfermagem	116	PP	5035403427	DANIELLE PAULINA DE OLIVEIRA SANTOS	02/04/2022	11:00
PMF	Técnico de Enfermagem	117	AC	5035317604	TATIANA SILVA ESTEVES	02/04/2022	11:00
MMF JACARÉ	Agente Comunitário de Saúde	1	AC	6012088331	MATHEUS DA COSTA TELLES	02/04/2022	11:00
MMF JACARÉ	Agente Comunitário de Saúde	2	AC	6012084414	LIDIA MARIA DE SOUZA PORTO	02/04/2022	11:00
MMF JACARÉ	Agente Comunitário de Saúde	3	AC	6012025860	CRISTIANE DE OLIVEIRA ABREU	02/04/2022	11:00
MMF JACARÉ	Agente Comunitário de Saúde	4	AC	6012082105	ISRAELE ANDRADE STELLET	02/04/2022	11:00
MMF JACARÉ	Agente Comunitário de Saúde	5	PPP	6012000597	DAYANA RIBEIRO MARTINS	02/04/2022	11:00
RAPS	Agente Redutor de Danos	16	AC	5255470834	NIVIA MARIA OLIVEIRA DO LIVRAMENTO	07/04/2022	09:00
RAPS	Agente Redutor de Danos	17	AC	5255497569	MARIANA MESQUITA QUINTINO RIBEIRO	07/04/2022	09:00
RAPS	Acompanhante Territorial em Saúde Mental	9	AC	5245497571	WALECKSON BARBOSA CHAVES	07/04/2022	09:00
RAPS	Acompanhante Territorial em Saúde Mental	10	AC	5245461118	YURI NEME LIMA SANTOS	07/04/2022	09:00
RAPS	Acompanhante Territorial em Saúde Mental	11	AC	5245452545	PABLO CARDOSO DE OLIVEIRA	07/04/2022	09:00
RAPS	Musicoterapeuta	4	AC	4586429442	RAFAELA ROCHA DURAES MENA DE OLIVEIRA	07/04/2022	09:00
RAPS	Terapeuta Ocupacional	6	AC	4616124327	LUIZ WILLIAN TEIXEIRA FUSCO	07/04/2022	09:00
RAPS	Terapeuta Ocupacional	7	AC	4616011817	NARA MELISSA VAZ MONTEIRO	07/04/2022	09:00
ADM	Analista Administrativo	12	AC	4716308856	ERIKA ROWINSKI	07/04/2022	09:00
PMF	Assistente Administrativo	53	PP	5015010842	LUANA ANSELMO SOUSA	07/04/2022	09:00
PMF	Assistente Administrativo	54	AC	5015029403	JANAINA ROCHA DE OLIVEIRA	07/04/2022	09:00
PMF	Assistente Administrativo	55	AC	5015352032	YGOR GUIMARAES MAIA	07/04/2022	09:00
PMF	Assistente Administrativo	56	AC	5015239541	SABRINA SALGADO BORGES	07/04/2022	09:00
PMF	Assistente Administrativo	57	PP	5015474440	ROBERTA MARQUES	07/04/2022	09:00
PMF	Assistente Administrativo	58	AC	5015087235	CAROLINE MACHADO ARAUJO	07/04/2022	10:00
PMF	Assistente Administrativo	59	AC	5015357202	DANIEL ALIPIO SIMAS PILOTO	07/04/2022	10:00
PMF	Assistente Administrativo	60	PCD	5015129019	ALEX GAMA DA SILVA	07/04/2022	10:00
PMF	Assistente Administrativo	61	AC	5015446106	PAULA ASSIS SANTOS	07/04/2022	10:00

PMF	Assistente Administrativo	62	AC	5015148649	BRUNNO DA SILVA FIGUEIREDO	07/04/2022	10:00
PMF	Assistente Administrativo	63	PP	5015121005	ALLAN MARCUS VALE	07/04/2022	10:00



ANEXO II

FORMULÁRIOS

FORMULÁRIO PARA SOLICITAÇÃO DE VALE TRANSPORTE

Empresa: Fundação Estatal de Saúde - Niterói.

Unidade de Lotação: _____ Centro de Custo: _____

DADOS DO FUNCIONÁRIO

Empregado: _____

Endereço: _____

Bairro: _____ Município: _____ UF: _____

CEP: _____

Opção de Vale Transporte: Sim () Não ()

Vale Transporte (Preencher somente se marcou a opção "SIM").

Nº. Conduções Casa para Trabalho: () Metrô () Ônibus Municipal () Ônibus Inter. () Barca () Trem

Nº. Conduções Trabalho para Casa: () Metrô () Ônibus Municipal () Ônibus Inter. () Barca () Trem

Valor das Conduções R\$: Metrô _____ Ônibus Municipal _____ Ônibus Inter. _____

Cidade utilizada o ônibus Municipal: _____

Linha de ônibus utilizada no percurso: _____

DECLARAÇÃO DO FUNCIONÁRIO

() - Autorizo a empresa a descontar até o limite de 6% do meu salário básico mensal, destinado a cobrir o fornecimento de vales transporte por mim utilizados.

() - Declaro que as linhas acima discriminadas são as mais adequadas ao trajeto residência/trabalho e vice versa, sendo verdadeiras e atuais as informações acima.

A declaração falsa ou o uso indevido do benefício caracteriza a rescisão do contrato individual de trabalho por justa causa, ato de improbidade, conforme art. 482 da CLT.

Em: ____/____/____

Assinatura: _____

FORMULÁRIO ADMISSIONAL

DECLARAÇÃO DE CARGOS/ EMPREGOS OU FUNÇÕES

NOME:

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 Emisor:	Data de emissão					
CPF:	PIS:	Titulo 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, descreva 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:			