

ATO ADMINISTRATIVO Nº 05/2022

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 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, 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
Solicitação de Vale Transporte (Formulário – Anexo II)
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)
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-19 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) Os casos omissos e situações não previstas nesta convocação serão avaliados pela Fundação Estatal de Saúde de Niterói.

Niterói, 28 de abril 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	CLASSIFICAÇÃO	ORDEM DE CONVOCAÇÃO	CADASTRO UTILIZADO	INSCRICAO	NOME	DATA	HORA
RAPS	MÉDICO	2	2	AC	4566099211	MERCIA LOPES JORDY	05/05/2022	10:00
RAPS	MÉDICO PSQUIATRA	17	17	AC	4576165424	GABRIEL PERNAS FONSECA DOS SANTOS	05/05/2022	10:00
RAPS	MÉDICO PSQUIATRA	18	18	AC	4576245092	CARLA ALVES RABELO	05/05/2022	10:00
RAPS	MÉDICO PSQUIATRA	19	19	AC	4576061393	JULIANA PONTALTI GEBARA	05/05/2022	10:00
RAPS	NUTRICIONISTA	2	2	AC	4596068092	LAURA RIBEIRO DE PAULA	05/05/2022	10:00
RAPS	MUSICOTERAPEUTA	5	5	AC	4586277291	SIMONE SANTOS DE OLIVEIRA DEFANTI	05/05/2022	10:00
RAPS	TERAPEUTA OCUPACIONAL	6	8	AC	4616034467	BARBARA COELHO DOS SANTOS MACHADO DA SILVA	05/05/2022	10:00
RAPS	TERAPEUTA OCUPACIONAL	7	9	AC	4616149078	LUCIENE EVANGELISTA TEIXEIRA DE FREITAS	05/05/2022	10:00
RAPS	FONOAUDIOLOGO	3	3	AC	4556415647	CARLA MARCIA CARVALHO VIEIRA	05/05/2022	10:00
RAPS	TÉCNICO DE ENFERMAGEM	14	20	AC	5235120427	JAQUELINE SILVA SARAIVA DOS ANJOS	05/05/2022	10:00
RAPS	CUIDADOR EM SAÚDE MENTAL	53	63	AC	6412137027	CLARICE VARGAS DA SILVA	05/05/2022	10:00
RAPS	CUIDADOR EM SAÚDE MENTAL	54	64	AC	6412141614	PEDRO AUGUSTO ANTONELLI DE MEIRA	05/05/2022	10:00
RAPS	CUIDADOR EM SAÚDE MENTAL	56	65	AC	6412146963	DEBORA CONCEICAO MORAES DE MIRANDA MACHADO	05/05/2022	10:00

RAPS	CUIDADOR EM SAÚDE MENTAL	94	66	PP	6412150201	ELAINE LUIZA DO CARMO NOGUEIRA	05/05/2022	10:00
RAPS	CUIDADOR EM SAÚDE MENTAL	57	67	AC	6412148595	ROGERIO LOUREIRO MOURA	05/05/2022	10:00
RAPS	CUIDADOR EM SAÚDE MENTAL	58	68	AC	6412152390	AROLD PATANE	05/05/2022	11:00
RAPS	CUIDADOR EM SAÚDE MENTAL	56	69	AC	6412138966	ANDERSON FRANKLIN MARTINS DE CARVALHO	05/05/2022	11:00
RAPS	OFICINEIRO EM SAÚDE MENTAL	12	16	AC	5265475171	ANDREZA COSTA DOS SANTOS	05/05/2022	11:00
RAPS	AGENTE REDUTOR DE DANOS	16	18	AC	5255452492	VANUSA GOMES DOS SANTOS	05/05/2022	11:00
PMF	ENFERMEIRO	324	138	PP	4026420355	RAISA SILVA DOS SANTOS	05/05/2022	11:00
PMF	ENFERMEIRO	100	139	AC	4026154360	THIAGO PEREIRA LIMA	05/05/2022	11:00
PMF	ENFERMEIRO	101	140	AC	4026355574	SABRINA MEDEIROS DE ARAUJO VIEIRA	05/05/2022	11:00
PMF	ENFERMEIRO	427	141	PCD	4026063444	PATRICIA RANGEL LOPES	05/05/2022	11:00
PMF	ENFERMEIRO	102	142	AC	4026066484	FREDERICK FARIA NORONHA	05/05/2022	11:00
PMF	ENFERMEIRO	103	143	AC	4026114891	PRISCILLA PEREIRA FALCAO	05/05/2022	11:00
PMF	ENFERMEIRO	329	144	PP	4026365464	CRISPINA ALVES DOS SANTOS	06/05/2022	11:00
PMF	ENFERMEIRO	104	145	AC	4026106246	GERSIANE MARTINS LOPES FIUZA FERREIRA	07/05/2022	11:00
PMF	ENFERMEIRO	105	146	AC	4026431550	CAMILA CARVALHO TEIXEIRA	08/05/2022	11:00
PMF	ENFERMEIRO	106	147	AC	4026258910	DENIVALDO SILVA DE OLIVEIRA	09/05/2022	11:00
PMF	CIRURGIÃO-DENTISTA	107	32	PP	4016129781	JACQUELINE TAVARES SILVA FERNANDES	05/05/2022	11:00
PMF	TÉCNICO DE ENFERMAGEM	103	128	AC	5035286817	JOSE ANTONIO VIEIRA DAMASCENO	05/05/2022	11:00
PMF	TÉCNICO DE ENFERMAGEM	104	129	AC	5035072943	EVELINE DOS SANTOS FERNANDES	05/05/2022	11:00
PMF	TÉCNICO DE ENFERMAGEM	179	130	PP	5035469859	DEBORA CALAZANS MACHADO PEREIRA	05/05/2022	11:00
PMF	TÉCNICO DE ENFERMAGEM	106	131	AC	5035253731	NARAYANNE KELLY DA SILVA TEIXEIRA	05/05/2022	11:00
PMF	TÉCNICO DE ENFERMAGEM	108	132	AC	5035406936	LETICIA D LUCCA FELIX MONTEIRO	05/05/2022	11:00

PMF	TÉCNICO DE ENFERMAGEM	109	133	AC	5035046580	NILSON MARTINS DE OLIVEIRA	05/05/2022	11:00
PMF	TÉCNICO DE ENFERMAGEM	192	134	PP	5035458575	YARA ANTUNES RAMOS	05/05/2022	13:00
PMF	TÉCNICO DE ENFERMAGEM	110	135	AC	5035259539	ERIC DE OLIVEIRA DA SILVA	05/05/2022	13:00
PMF	TÉCNICO DE ENFERMAGEM	111	136	AC	5035095816	ADRIELLY BISPO REIS	05/05/2022	13:00
PMF	TÉCNICO DE ENFERMAGEM	112	137	AC	5035326904	VIRGINIA DA SILVA CORREIA ALVARES MARQUES	05/05/2022	13:00
PMF	TÉCNICO DE ENFERMAGEM	114	138	AC	5035280887	ADRIANA DA COSTA VIEIRA	05/05/2022	13:00
PMF	TÉCNICO DE SAÚDE BUCAL	4	6	AC	5045253884	RENATA PERES FERRO	05/05/2022	13:00
PMF	AUXILIAR DE SAÚDE BUCAL	21	27	AC	6022008824	ROSILENE ANTUNES NOGUEIRA	05/05/2022	13:00
PMF	AUXILIAR DE SAÚDE BUCAL	22	28	AC	6022103284	ISABELLA CARDOSO FELIX DOS SANTOS	05/05/2022	13:00
PMF	AUXILIAR DE SAÚDE BUCAL	89	29	PP	6022136724	WEBERTHON SIQUEIRA DA SILVA	05/05/2022	13:00
NASF	MÉDICO	3	4	AC	4256379752	VANESSA CAVALCANTE CARNEIRO DA CUNHA	05/05/2022	13:00
NASF	ASSISTENTE SOCIAL	3	5	AC	4216165280	CAROLINE DIAS DE QUEIROZ	05/05/2022	13:00
NASF	TERAPEUTA OCUPACIONAL	5	6	AC	4306324238	JULLIANA DE CASSIA BARROS FONSECA	05/05/2022	13:00
CnR	CIRURGIÃO-DENTISTA	3	3	AC	4126149119	DANIEL NORO DE LIMA	05/05/2022	13:00
CnR	AGENTE REDUTOR DE DANOS	3	3	AC	5145459098	LUIZIANE DE OLIVEIRA MARINS SANTOS	05/05/2022	13:00
MMF PREVENTÓRIO II	AGENTECOMUNITÁRIO DE SAÚDE	5	5	AC	6012010970	NATHALIA ARAUJO CHAGAS	06/05/2022	11:00
MMF SOUZA SOARES	AGENTECOMUNITÁRIO DE SAÚDE	6	6	AC	6012009165	WELLINGTON FERREIRA DOS SANTOS	06/05/2022	11:00
MMF BADU	AGENTECOMUNITÁRIO DE SAÚDE	8	10	AC	6012017148	ELIZABETH MICHELLE MACEDO AMARAL DE OLIVEIRA	06/05/2022	11:00
MMF CANTAGALO	AGENTECOMUNITÁRIO DE SAÚDE	10	10	AC	6012095360	ONEIVA SUZE GUIMARAES AGUIAR	06/05/2022	11:00

MMF MARUI	AGENTECOMUNITÁRIO DE SAÚDE	7	7	AC	6012005963	MARCIA DA SILVA COELHO LIMA	06/05/2022	11:00
MMF VILA IPIRANGA	AGENTECOMUNITÁRIO DE SAÚDE	11	11	AC	6012014251	MARIANA DE OLIVEIRA COUTINHO	06/05/2022	11:00
MMF VILA IPIRANGA	AGENTECOMUNITÁRIO DE SAÚDE	11	13	AC	6012020535	GIZELI MONTEIRO CORDOVI	06/05/2022	11:00
MMF BERNARDINO	AGENTECOMUNITÁRIO DE SAÚDE	6	7	AC	6012003563	MARCO ANTONIO DA SILVA	06/05/2022	11:00
MMF MARAVISTA	AGENTECOMUNITÁRIO DE SAÚDE	5	7	AC	6012108260	ANA CLARA SILVEIRA MARQUES	06/05/2022	11:00
MMF PONTA DA AREIA	AGENTECOMUNITÁRIO DE SAÚDE	7	7	AC	6012012801	ARYANE VITORIA CURVELO DE OLIVEIRA	06/05/2022	11:00
MMF ENGENHO DO MATO	AGENTECOMUNITÁRIO DE SAÚDE	13	13	AC	6012032215	HELOIZA HELENA RODRIGUES LOPES	06/05/2022	11:00
MMF JACARÉ	AGENTECOMUNITÁRIO DE SAÚDE	5	6	AC	6012017253	DILCINEA PEDERSANI DE MENEZES FERREIRA DA SILVA	06/05/2022	11:00
ADM	ASSISTENTE ADMINISTRATIVO	45	64	AC	5015371155	ANGELICA DA SILVA DE AGUIAR	06/05/2022	11:00
ADM	ASSISTENTE ADMINISTRATIVO	46	65	AC	5015088253	ANDERSON FREITAS BOTELHO	06/05/2022	11:00
ADM	ASSISTENTE ADMINISTRATIVO	47	66	AC	5015124083	ALINE BARBOSA BITTENCOURT	06/05/2022	11:00
ADM	ASSISTENTE ADMINISTRATIVO	105	67	PP	5015047259	MARIO VINICIUS SOUZA CAMPOS	06/05/2022	11:00
ADM	ASSISTENTE ADMINISTRATIVO	49	68	AC	5015239618	YANN DA SILVA CARDOSO	06/05/2022	11:00
ADM	ASSISTENTE ADMINISTRATIVO	50	69	AC	5015451412	KARYNE CARVALHO LOPES	06/05/2022	11:00
ADM	ASSISTENTE ADMINISTRATIVO	201	70	PCD	5015409249	PEDRO DOS REIS DUARTE	06/05/2022	11:00
ADM	ASSISTENTE ADMINISTRATIVO	51	71	AC	5015018416	DIOGO VIEIRA DA SILVA	06/05/2022	11:00
ADM	ASSISTENTE ADMINISTRATIVO	52	72	AC	5015091640	LARISSA SILVA LABRUNA MOREIRA	06/05/2022	11:00
ADM	CONTADOR	1	1	AC	4726392936	LUIZ EDUARDO RANGEL CORDEIRO DE OLIVEIRA	06/05/2022	11:00



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:			
NOME PARA CRACHÁ:			
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:		