

## ATO ADMINISTRATIVO Nº 03/2023

### CONVOCAÇÃO PARA ADMISSÃO DOS EMPREGADOS PÚBLICOS

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

O Diretor 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 15/03/2023, 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 <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) – <u>Não enviar digitalmente. A cópia impressa deverá ser entregue no dia da admissão, em envelope devidamente lacrado.</u>
Certidão impressa de regularidade no e-social: <a href="http://consultacadastral.inss.gov.br/Esocial/pages/index.xhtml">http://consultacadastral.inss.gov.br/Esocial/pages/index.xhtml</a> 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) <a href="https://servicos.receita.fazenda.gov.br/servicos/cpf/consultasituacao/consultapublica.asp">https://servicos.receita.fazenda.gov.br/servicos/cpf/consultasituacao/consultapublica.asp</a>
Certidão de Regularidade TRE (site TRE) <a href="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</a>
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)
Termo de Confidencialidade e Sigilo preenchido e assinado (Formulário – Anexo II)
Declaração de Conhecimento preenchida e assinada (Formulário – Anexo II)
<b>DEPENDENTES</b>
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 e-mail 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 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, 08 de março de 2023.

***Pedro Gilberto Alves de Lima***

***Diretor 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	INSCRIÇÃO	NOME	CADASTRO UTILIZADO	CLASSIFICAÇÃO	ORDEM DE CONVOCAÇÃO *	DATA	HORA
ADM	ANALISTA ADMINISTRATIVO	4716115596	MARIA CLARA CAMARGO VILAS BOAS	AC	15	22	15/03/2023	09:00
ADM	ANALISTA ADMINISTRATIVO	4716423539	YGOR GUIMARAES MAIA	PP	45	23	15/03/2023	09:00
ADM	ANALISTA ADMINISTRATIVO	4716386975	TATIANA LIMA TEIXEIRA	AC	16	24	15/03/2023	09:00
ADM	ASSISTENTE ADMINISTRATIVO	5015244015	MARCELO PIRES DA SILVA	PP	145	107	15/03/2023	09:00
ADM	ASSISTENTE ADMINISTRATIVO	5015395060	WALCINEY JOSE DAS CHAGAS DE OLIVEIRA	AC	81	108	15/03/2023	09:00
ADM	ASSISTENTE ADMINISTRATIVO	5015424691	DENIZE CABANEZ DE PAULA TALARICO	AC	86	109	15/03/2023	09:00
NASF	FARMACÊUTICO	4226341793	SUELLEN COELHO DE OLIVEIRA	AC	15	16	15/03/2023	09:00
PMF	AUXILIAR DE SAÚDE BUCAL	6022045901	ANA MARCIA COSTA DA SILVA	AC	25	32	15/03/2023	09:00
PMF	CIRURGIÃO-DENTISTA	4016023951	DANIELLE SOUZA CARDOSO	AC	30	40	15/03/2023	09:00
PMF	CIRURGIÃO-DENTISTA	4016058542	JULIANA DE OLIVEIRA GABRIEL	PP	113	41	15/03/2023	09:00
PMF	ENFERMEIRO	4026168880	CAMILA SANTOS REIS	AC	136	184	15/03/2023	09:00
PMF	ENFERMEIRO	4026027543	MARIO GARDELL GONCALVES FEITOSA	AC	138	185	15/03/2023	09:00
PMF	ENFERMEIRO	4026317871	ALEXIA DE SOUZA DIAS	PP	392	186	15/03/2023	09:00
PMF	ENFERMEIRO	4026169133	CORA CORALINA DOS SANTOS JUNQUEIRA	AC	139	187	15/03/2023	09:00
PMF	ENFERMEIRO	4026104793	RAISSA RODRIGUES ORGANISTA	AC	140	188	15/03/2023	09:00
PMF	ENFERMEIRO	4026156617	MILENE CRISTINA DE MEDEIROS SILVA	AC	143	189	15/03/2023	09:00

PMF	TÉCNICO DE ENFERMAGEM	5035149320	RAYSSA KAREN ARANTES DO NASCIMENTO	AC	171	198	15/03/2023	09:00
PMF	TÉCNICO DE ENFERMAGEM	5035090062	THATIANA LEAO FERNANDES	AC	172	199	15/03/2023	09:00
RAPS	AGENTE REDUTOR DE DANOS	5255462813	FERNANDA SANT ANA DE PAULA DO LAGO	AC	23	24	15/03/2023	09:00
RAPS	CUIDADOR EM SAÚDE MENTAL	6412140476	RITA DE CASSIA TORRES GONCALVES CORREA	AC	129	129	15/03/2023	09:00
RAPS	ENFERMEIRO	4536268472	JORCELINO GONTIJO FERREIRA JUNIOR	AC	12	15	15/03/2023	09:00
RAPS	OFICINEIRO EM SAÚDE MENTAL	5265491230	PRYSILLA CORDEIRO DIAS RODRIGUES	AC	20	23	15/03/2023	09:00
RAPS	TERAPEUTA OCUPACIONAL	4616112831	BRUNA DOS SANTOS TEIXEIRA	AC	14	16	15/03/2023	09:00
<b>* A ORDEM DE CONVOCAÇÃO CONSIDERA A RESERVA DE VAGAS PARA OS CANDIDATOS AUTODECLARADOS COMO PESSOA COM DEFICIÊNCIA OU PRETOS/PARDOS.</b>								

## 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

<b>FICHA CADASTRAL</b>			
Emprego/Cargo:		Data de Admissão:	
Unidade de Lotação:		Matrícula:	
<b>Dados do Candidato</b>			
Nome:			
Nome Social:			
Identidade de Gênero:			
Qual é a sua cor ou raça?			
Estado Civil:			
Nacionalidade:	Naturalidade:	Data de Nascimento:	
RG:	Órgão Emissor:	Data de Emissão:	
CPF:	PIS:	Título de Eleitor:	
CTPS:	Série/UF:	Data de Emissão:	
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 deficiência?
Você necessita de alguma tecnologia assistiva para apoiar o seu processo de trabalho? Por exemplo, se a deficiência for visual – teclado em braile, programa leitor de tela. Se sim, descreva quais:			
<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 e qualquer alteração deve ser imediatamente atualizada junto ao RH.			
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 REONSABILIDADE SOBRE AS INFORMAÇÕES POR MIM PRESTADAS. COMPROMETO-ME A COMUNICAR, IMEDIATAMENTE, À FESAUDE, QUALQUER ALTERAÇÃO QUE VENHA OCORRER NA RELAÇÃO ACIMA.

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

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

## TERMO DE CONFIDENCIALIDADE E SIGILO

Eu \_\_\_\_\_ (Parte Comprometida), inscrito (a) no CPF sob o nº \_\_\_\_\_, assumo o compromisso de manter confidencialidade e sigilo sobre **todas** as informações técnicas e outras geridas pela Fundação Estatal de Saúde de Niterói - FeSaúde por intermédio do Contrato de Gestão nº 001/20, em especial às relacionadas aos dados dos usuários do Sistema Único de Saúde protegidos como **dados pessoais sensíveis** pela Lei 13.709/2018 – Lei Geral de Proteção de Dados.

Cláusula Primeira - Das Definições:

Neste termo, as seguintes expressões serão assim definidas:

- **“Informação administrativa ou gerencial”** significará toda informação escrita, verbal ou apresentada de modo tangível ou intangível, e revelada ou obtida devido às atividades desempenhadas nas unidades geridas pela FeSaúde;
- **“Informação Confidencial”** inclui, mas não se limita, à informação relativa às operações, processos, planos ou intenções, informações sobre produção, instalações, equipamentos, segredos, dados de todos os tipos, habilidade especializadas, projetos, métodos e metodologia, fluxogramas, especificações, produtos, documentações, sistemas computacionais, usuários, senhas de acesso a servidores ou sistemas gerenciadores de banco de dados que estão sob responsabilidade da FeSaúde;

Cláusula Segunda - Do Termo e das Obrigações:

Por este termo de confidencialidade e sigilo comprometo-me:

- A utilizar medidas técnicas e administrativas aptas a proteger os dados pessoais de acessos não autorizados e de situações acidentais ou ilícitas de destruição, perda, alteração, comunicação ou difusão;
- A não utilizar quaisquer informações (administrativas ou gerenciais), confidenciais ou não, a que tiver acesso, para gerar benefício próprio exclusivo e/ou unilateral, presente ou futuro, ou para o uso de terceiros;
- A não efetuar nenhuma gravação ou cópia de documentação, base de dados, sistemas computacionais, informações ou outras tecnologias a que tiver acesso pela FeSaúde;

- A não se apropriar de qualquer material técnico, gerencial ou administrativo que venha a ser disponível durante o período que exercer suas atividades junto à FeSaúde;
- A não repassar o conhecimento das informações, responsabilizando-se por todas as pessoas que vierem a ter acesso às informações, por seu intermédio, e obrigando-se, assim, a ressarcir a ocorrência de qualquer dano e/ou prejuízo oriundo de uma eventual quebra de sigilo ou confidencialidade de todas as informações fornecidas;
- Em cuidar para que as informações confidenciais fiquem restritas ao conhecimento tão somente das pessoas que estejam diretamente envolvidas nas discussões, análises, reuniões e atividades, devendo cientificá-los da existência deste Termo e da natureza confidencial destas informações;
- A Parte Comprometida fica desde já proibida de produzir cópias, por qualquer meio ou forma, de qualquer das informações confidenciais que tenham chegado ao seu conhecimento, sem expressa autorização;
- A garantir o uso das informações a partir de propósitos legítimos, específicos, explícitos e devidamente autorizados, sem possibilidade de tratamento posterior e produção de cópias, por qualquer meio ou forma, de qualquer das informações de forma incompatível com essas finalidades;
- A confidencialidade é obrigatória mesmo após o término das atividades da Parte Comprometida.

#### Cláusula Terceira - Não será considerada confidencial:

- A que tenha sido revelada em razão de uma ordem válida ou de uma ordem judicial, somente até a extensão de tais ordens, contanto que a Parte Receptora tenha notificado a existência de tal ordem, previamente e por escrito, à Parte Comprometida, dando a esta, na medida do possível, tempo hábil para pleitear medidas de proteção que julgar cabíveis;
- A que estavam no domínio público na data de celebração do presente termo de sigilo e confidencialidade;
- Tornaram-se parte do domínio público depois da data da celebração do presente termo de compromisso, por razões não atribuíveis à ação ou omissão da Parte Compromissada.

**Cláusula Quarta – Da Validade:**

Este termo tonar-se-á válido a partir da data de sua efetiva assinatura pela Parte Comprometida.

**Cláusula Quinta – Das Penalidades:**

Caso a Parte Comprometida descumpra quaisquer das obrigações previstas no presente termo, a FeSaúde desencadeará ação de responsabilidade e/ou processo administrativo e ação de indenização, podendo gerar responsabilidade civil, administrativa e penal.

**Cláusula Sexta – Do Foro:**

O foro competente para dirimir quaisquer controvérsias resultantes da execução deste Instrumento é o da Comarca de Niterói, caso não sejam resolvidos administrativamente.

Por estar de acordo com o exposto, a Parte Comprometida firma o presente termo em duas vias de igual teor e forma, na presença das testemunhas abaixo.

Niterói, \_\_/\_\_/\_\_

---

Parte Comprometida

Testemunha:

Matrícula:

Testemunha:

Matrícula:

## Declaração de Conhecimento

Por meio desta, o(a) Sr(a) \_\_\_\_\_, CPF \_\_\_\_\_, ocupante do emprego \_\_\_\_\_

na Fundação Estatal de Saúde de Niterói – FeSaúde, declara ter tomado conhecimento de que o Protocolo das Relações de Trabalho (<https://www.fesaude.niteroi.rj.gov.br/gestao-de-pessoas>) e o Código de Ética (<https://www.fesaude.niteroi.rj.gov.br/programa-de-integridade>) estão disponíveis no portal da FeSaúde e na própria unidade, e se compromete a observar todas as disposições contidas nos referidos documentos.

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

---

Assinatura