

## ATO ADMINISTRATIVO Nº 04/2024

### 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 24/03/2024, 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 fornecidos por instituição reconhecida pelo MEC)                                                                                                                                                                                          |
| Cópia do RG                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| Cópia do Cartão CPF                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| Cópia do Certificado de Reservista (quando for aplicável)                                                                                                                                                                                                                               |
| Cópia do Título de Eleitor                                                                                                                                                                                                                                                              |
| Carteira de Trabalho e Prev. Social Digital (caso não possua, obter pelo link <a href="https://www.gov.br/pt-br/servicos/obter-a-carteira-de-trabalho">https://www.gov.br/pt-br/servicos/obter-a-carteira-de-trabalho</a> - não será aceita a CTPS Física, salvo em casos excepcionais) |
| 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 (quando for aplicável)                                                                                                                                                                                                                       |
| Cópia do Comprovante de pagamento do Conselho Profissional - ano vigente (quando for aplicável)                                                                                                                                                                                         |
| Certidão Negativa emitida pelo conselho profissional (quando for aplicável)                                                                                                                                                                                                             |
| 1 foto 3x4 para crachá - versão digital (.jpg)                                                                                                                                                                                                                                          |
| CNIS (exigido para Agentes Comunitários de Saúde)                                                                                                                                                                                                                                       |
| Comprovante de escala para compatibilidade de horário (quando houver outro vínculo, para profissionais de saúde)                                                                                                                                                                        |
| Consulta Profissional de Vínculos Ativos CNES <a href="https://cnes.datasus.gov.br/pages/profissionais/consulta.jsp">https://cnes.datasus.gov.br/pages/profissionais/consulta.jsp</a>                                                                                                   |
| 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) – <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><br>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)<br><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)<br><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)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| Autodeclaração Étnico-Racial 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 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, 19 de março de 2024.

***Pedro Gilberto Alves de Lima***

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

**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     | 4716400745 | CARLOS FREDERICO DOS SANTOS SILVA       | AC                 | 25            | 36                   | 25/03/2024 | 09:00 |
|                                                                                                                                      |                             |            |                                         |                    |               |                      |            |       |
| ADM                                                                                                                                  | ASSISTENTE ADMINISTRATIVO   | 5015254577 | HERBERT MENDES DE ANDRADE               | AC                 | 128           | 155                  | 25/03/2024 | 09:00 |
|                                                                                                                                      |                             |            |                                         |                    |               |                      |            |       |
| NASF                                                                                                                                 | FISIOTERAPEUTA              | 4236003872 | ANTONIO CARLOS DE SOUZA MONTEIRO        | AC                 | 21            | 22                   | 25/03/2024 | 09:00 |
|                                                                                                                                      |                             |            |                                         |                    |               |                      |            |       |
| NASF                                                                                                                                 | MÉDICO PEDIATRA             | 4276314726 | NAIRA VANESSA ANOMAL GONZALEZ           | AC                 | 14            | 15                   | 25/03/2024 | 09:00 |
|                                                                                                                                      |                             |            |                                         |                    |               |                      |            |       |
| MMF CAFUBÁ II                                                                                                                        | AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE | 6012034770 | MARIANA MARTINS DOS SANTOS              | AC                 | 6             | 5                    | 25/03/2024 | 09:00 |
|                                                                                                                                      |                             |            |                                         |                    |               |                      |            |       |
| PMF                                                                                                                                  | ENFERMEIRO                  | 4026142525 | RANIELLE DE PAULA SILVA                 | AC                 | 202           | 249                  | 25/03/2024 | 09:00 |
| PMF                                                                                                                                  | ENFERMEIRO                  | 4026333631 | ELIANE DE RODRIGUES BARBOSA DE OLIVEIRA | AC                 | 203           | 250                  | 25/03/2024 | 09:00 |
| PMF                                                                                                                                  | ENFERMEIRO                  | 4026126088 | VANESCA DOS SANTOS ROZENDO              | AC                 | 204           | 251                  | 25/03/2024 | 09:00 |
|                                                                                                                                      |                             |            |                                         |                    |               |                      |            |       |
| RAPS                                                                                                                                 | ENFERMEIRO                  | 4536002309 | LIVIA MORAIS DA PENHA                   | AC                 | 36            | 42                   | 25/03/2024 | 09:00 |
| RAPS                                                                                                                                 | ENFERMEIRO                  | 4536150003 | MALENA STORANI GONCALVES ROSA           | AC                 | 37            | 43                   | 25/03/2024 | 09:00 |
|                                                                                                                                      |                             |            |                                         |                    |               |                      |            |       |
| RAPS                                                                                                                                 | TÉCNICO DE ENFERMAGEM       | 5235336090 | JUAN MARCOS MESQUITA DOS SANTOS         | AC                 | 56            | 61                   | 25/03/2024 | 09:00 |
|                                                                                                                                      |                             |            |                                         |                    |               |                      |            |       |
| RAPS                                                                                                                                 | TERAPEUTA OCUPACIONAL       | 4616117673 | THAIS CANTIZANI HALABEY                 | AC                 | 31            | 31                   | 25/03/2024 | 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                                                                                                                                                                                                                               |                                 |                     |                   |     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|---------------------|-------------------|-----|
| Emprego/Cargo:                                                                                                                                                                                                                                |                                 | Data de Admissão:   |                   |     |
| Unidade de Lotação:                                                                                                                                                                                                                           |                                 | Matrícula:          |                   |     |
| Dados do Candidato                                                                                                                                                                                                                            |                                 |                     |                   |     |
| 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:                                                                                                                                                                                                                                  |                                 |                     |                   |     |
| Nome do cônjuge (se houver):                                                                                                                                                                                                                  |                                 |                     |                   |     |
| Você é uma pessoa com deficiência ou beneficiário reabilitado/readaptado?                                                                                                                                                                     | Não ( )                         | Sim ( )             | Qual deficiência? |     |
| No caso de pessoa com deficiência ou beneficiário reabilitado/readaptado, necessário preencher formulário específico que será disponibilizado no momento da entrega dos documentos, assim como anexar documento comprobatório, nele descrito. |                                 |                     |                   |     |
| Endereço                                                                                                                                                                                                                                      |                                 |                     |                   |     |
| Rua/Número/Complemento:                                                                                                                                                                                                                       |                                 |                     |                   |     |
| Bairro:                                                                                                                                                                                                                                       | Cidade/UF:                      | CEP:                |                   |     |
| E-mail:                                                                                                                                                                                                                                       |                                 |                     |                   |     |
| Telefone:                                                                                                                                                                                                                                     |                                 |                     |                   |     |
| 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 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 RESPONSABILIDADE SOBRE AS INFORMAÇÕES POR MIM PRESTADAS. COMPROMETO-ME A COMUNICAR, IMEDIATAMENTE, À FESAÚDE, 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

### Documentos Portal do Emprego/FeSaúde

Por meio desta, o (a) Sr. (a) \_\_\_\_\_,  
matrícula \_\_\_\_\_, CPF \_\_\_\_\_, ocupante do emprego  
\_\_\_\_\_, na Fundação Estatal de Saúde de Niterói – FeSaúde, declara  
ter tomado conhecimento de que as normativas internas sinalizadas abaixo, estão disponíveis para acesso  
no **Portal do Emprego** e se compromete a observar todas as disposições contidas nos referidos  
documentos e a estar atento aos que sejam disponibilizados futuramente neste espaço de  
compartilhamento institucional.

Listagem de documentos disponíveis:

- Protocolo das Relações de Trabalho;
- Código de Ética e Conduta da FeSaúde;
- Programa de Integridade;
- Regulamento PAGC - Processo de Apuração e Gestão de Consequências;
- Plano de Empregos, Salários e Remuneração;
- Liberação de Carga Horária para Atividade Educativa.

Como acessar o Portal do Emprego:

1. Acessar a página: <https://fesaudeportal.admrh.inf.br>;
2. Realizar o login informando o seu nº de Matrícula e o nº de CPF na senha;
3. No menu principal, selecionar o item “Documentos Portal”.

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

---

Assinatura

### **AUTODECLARAÇÃO ÉTNICO-RACIAL**

Eu, \_\_\_\_\_, inscrito no CPF sob o nº \_\_\_\_\_, AUTODECLARO, sob as penas da lei, minha raça/etnia sendo:

☐ Branca

☐ Preta

☐ Parda

☐ Amarela

☐ Indígena

*Esta autodeclaração atende a exigência do art. 39, § 8º, da Lei nº 12.288/2010, alterado pela Lei nº 14.553/2023 e da Portaria MTE nº 3.784/2023, que obriga a prestação da informação nas inclusões, alterações ou retificações cadastrais dos trabalhadores ocorridas a partir de 1º de janeiro de 2024, respeitando o critério de autodeclaração do trabalhador, em conformidade com a classificação utilizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE.*

*Por ser expressão da verdade, firmo e assino a presente para que produza seus efeitos legais e de direito.*

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

---

Assinatura