

## ATO ADMINISTRATIVO Nº 14/2023

### 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 anterior à data da sua apresentação, 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

<a href="https://www.cni.jus.br/improbidade_adm/consultar_requerido.php">https://www.cni.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 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, 23 de outubro 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	ASSISTENTE ADMINISTRATIVO	5015312460	VICTOR HUGO TAVARES DOS SANTOS	PCD	212	140	30/10/2023	09:00
ADM	ASSISTENTE ADMINISTRATIVO	5015266099	TIAGO RANGEL DE JESUS	AC	118	141	30/10/2023	09:00
ADM	ASSISTENTE ADMINISTRATIVO	5015355723	CARLOS EDUARDO SOMLO	AC	119	142	30/10/2023	09:00
ADM	ASSISTENTE ADMINISTRATIVO	5015328524	DANIEL SANT ANA MOREIRA	PP	194	143	30/10/2023	09:00
ADM	CONTADOR	4726347046	JOAO HENRIQUE ROCHA GOMES	AC	6	6	30/10/2023	09:00
CnR	PSICÓLOGO	4156302840	SILVANA SEABRA CASCAIS DA FONSECA	AC	2	2	30/10/2023	09:00
MMF ITITIOCA	AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE	6012009854	RUSIMA DE MENEZES	AC	6	7	30/10/2023	09:00
MMF MACEIÓ	AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE	6012004749	JESSICA SENNA DE CARVALHO	AC	7	9	30/10/2023	09:00
NASF	FISIOTERAPEUTA	4236067921	MARLON BRAGA SALLES	AC	17	17	30/10/2023	09:00
NASF	MÉDICO GINECO-OBSTETRA	4266036544	PAULA ALMEIDA GALVAO FERREIRA	AC	17	17	30/10/2023	09:00
NASF	MÉDICO GINECO-OBSTETRA	4266321949	REGINA VALIAS MAIOLINI	AC	18	18	30/10/2023	10:00
NASF	MÉDICO GINECO-OBSTETRA	4266383519	GISELE DA SILVA GAMEIRO	AC	19	19	30/10/2023	10:00
PMF	CIRURGIÃO-DENTISTA	4016014247	ANA LUCIA CORREIA DA CRUZ	AC	42	56	30/10/2023	10:00
PMF	CIRURGIÃO-DENTISTA	4016241852	LARISSA AZEREDO DA SILVA LESSA NICOLAU	AC	43	57	30/10/2023	10:00

PMF	ENFERMEIRO	4026241541	AMANDA CAMPOS BENTES	AC	186	235	30/10/2023	10:00
PMF	ENFERMEIRO	4026069058	VITORIA MEIRELES FELIPE DE SOUZA	AC	187	236	30/10/2023	10:00
PMF	ENFERMEIRO	4026149080	PAULO HENRIQUE DE BRITO FLORENCIO	AC	189	237	30/10/2023	10:00
PMF	TÉCNICO DE ENFERMAGEM	5035035127	LUCIENE RAMOS PIMENTEL	AC	193	222	30/10/2023	10:00
PMF	TÉCNICO DE ENFERMAGEM	5035133204	DEISE BRASILEIRA AMANCIO DOS ANJOS	AC	194	223	30/10/2023	10:00
PMF	TÉCNICO DE ENFERMAGEM	5035483829	RUTH DA SILVA BARROS FARIA	PP	312	224	30/10/2023	10:00
RAPS	ENFERMEIRO	4536371841	CASSIA DE JESUS RAMOS TEIXEIRA	AC	17	21	30/10/2023	09:00
RAPS	ENFERMEIRO	4536130144	INGRID GOMES METELLO	AC	18	22	30/10/2023	09:00
RAPS	ENFERMEIRO	4536444648	GABRIELLA MENDES DE CARVALHO	PP	60	23	30/10/2023	09:00
RAPS	ENFERMEIRO	4536156710	ERIKA SOUZA SILVA	AC	19	24	30/10/2023	09:00
RAPS	ENFERMEIRO	4536010875	LETICIA CRISTINA TELLES RIBEIRO	AC	20	25	09/11/2023	09:00
RAPS	ENFERMEIRO	4536323222	PAULA GUIMARAES PINHEIRO DA SILVA	AC	21	26	09/11/2023	09:00
RAPS	ENFERMEIRO	4536420848	KAROLINE NASCIMENTO SOUZA	PP	61	27	09/11/2023	09:00
RAPS	ENFERMEIRO	4536246931	COSME REZENDE LAURINDO	AC	22	28	09/11/2023	09:00
RAPS	ENFERMEIRO	4536009369	KATIELLY MELO DA SILVA	AC	23	29	09/11/2023	09:00
RAPS	ENFERMEIRO	4536080129	ANNA GABRIELLA NICOLA PASCALE MOMBRINI	AC	24	30	09/11/2023	09:00
RAPS	ENFERMEIRO	4536156760	ANA PAULA DOS SANTOS	AC	25	31	09/11/2023	09:00
RAPS	PSICÓLOGO	4606138873	POLYANA LOUREIRO MARTINS	AC	16	24	30/10/2023	09:00
RAPS	PSICÓLOGO	4606071544	PEDRO HENRIQUE MUNIZ DE ARAUJO	AC	17	25	30/10/2023	09:00
RAPS	PSICÓLOGO	4606128610	LUNA CASSEL TROTT	AC	18	26	09/11/2023	09:00
RAPS	PSICÓLOGO	4606044840	RITA GRAZIELE TELES DA SILVA	PP	60	27	09/11/2023	09:00

RAPS	FARMACÊUTICO	4546163440	MARIANA MACIEL CABRAL	PP	42	16	09/11/2023	09:00
RAPS	TÉCNICO DE ENFERMAGEM	5235473800	IONE DA CRUZ XAVIER PEREIRA	PP	51	33	30/10/2023	09:00
RAPS	TÉCNICO DE ENFERMAGEM	5235458317	GABRIELA DE MELLO FERREIRA	AC	24	34	30/10/2023	09:00
RAPS	TÉCNICO DE ENFERMAGEM	5235019381	JACQUELINE DE SIQUEIRA FERREIRA	AC	25	35	30/10/2023	09:00
RAPS	TÉCNICO DE ENFERMAGEM	5235318488	CLEBER AUGUSTO DE OLIVEIRA	AC	27	36	30/10/2023	09:00
RAPS	TÉCNICO DE ENFERMAGEM	5235473537	LUCIA ALVES NOGUEIRA	PP	53	37	30/10/2023	09:00
RAPS	TÉCNICO DE ENFERMAGEM	5235124227	VERONICA JACOB DE FREITAS FIGUEIREDO	AC	29	38	09/11/2023	09:00
RAPS	TÉCNICO DE ENFERMAGEM	5235085794	MICHELE CRISTINA MELO PAZ	AC	30	39	09/11/2023	09:00
RAPS	TÉCNICO DE ENFERMAGEM	5235254462	MAGNA FERREIRA MORAIS DE OLIVEIRA	AC	31	40	09/11/2023	09:00
RAPS	TÉCNICO DE ENFERMAGEM	5235119844	LETICIA CHRISTINNE GENOVEZ GOIS	AC	32	41	09/11/2023	10:00
RAPS	TÉCNICO DE ENFERMAGEM	5235453434	ALESSANDRA MARANHÃO BORDADAGUA NUNES	PP	57	42	09/11/2023	10:00
RAPS	TÉCNICO DE ENFERMAGEM	5235058727	ROSENILCE MOREIRA ROCHA	AC	33	43	09/11/2023	10:00
RAPS	TÉCNICO DE ENFERMAGEM	5235258901	HILDA CARLA DE BRAGANCA PIMENTEL DE SOUZA	AC	37	44	09/11/2023	10:00
RAPS	TÉCNICO DE ENFERMAGEM	5235059941	JOANA D ARC BELARMINO FIGUEIREDO	AC	38	45	09/11/2023	10:00
RAPS	TÉCNICO DE ENFERMAGEM	5235434244	GRAYCE KATHLEEN BANDEIRA	AC	40	46	09/11/2023	10:00
RAPS	TÉCNICO DE ENFERMAGEM	5235466364	MARCO AURELIO DE JESUS MARIO	PP	58	47	09/11/2023	10:00
RAPS	TÉCNICO DE ENFERMAGEM	5235310577	SIMONE DA SILVA	AC	41	48	09/11/2023	10:00
RAPS	AGENTE REDUTOR DE DANOS	5255484811	CINTIA SANTOS DE ANDRADE	AC	35	35	09/11/2023	10:00
RAPS	AGENTE REDUTOR DE DANOS	5255463740	PAULO FELIPE PANICE LACERDA	AC	36	36	09/11/2023	10:00
RAPS	AGENTE REDUTOR DE DANOS	5255472088	DARLAN RAMOS	AC	37	37	09/11/2023	10:00
RAPS	OFICINEIRO EM SAÚDE MENTAL	5265468300	BEATRIZ NASCIMENTO TRILES	AC	22	26	30/10/2023	10:00

RAPS	OFICINEIRO EM SAÚDE MENTAL	5265476668	DIOGO DOS SANTOS COSTA	AC	23	27	09/11/2023	10:00
RAPS	OFICINEIRO EM SAÚDE MENTAL	5265460310	ANA CLAUDIA GOMES DE SOUZA	AC	24	28	09/11/2023	10:00
RAPS	OFICINEIRO EM SAÚDE MENTAL	5265469627	CAMILA DOS SANTOS SALES	PP	43	29	09/11/2023	10:00
RAPS	OFICINEIRO EM SAÚDE MENTAL	5265478692	DORA DE SOUZA MACHADO	AC	25	30	09/11/2023	10:00
RAPS	OFICINEIRO EM SAÚDE MENTAL	5265457492	MEREIDE MEDEIROS	AC	26	31	09/11/2023	10:00
RAPS	OFICINEIRO EM SAÚDE MENTAL	5265495729	VICTORIA SIMOES DE BREYER	AC	27	32	09/11/2023	10:00
RAPS	ASSISTENTE SOCIAL	4516144341	MARCIA DA SILVA CASTRO FALCAO	AC	7	11	30/10/2023	10:00
RAPS	ASSISTENTE SOCIAL	4516141985	ALEXANDRA MARIA DE ALMEIDA BELLOSI	AC	8	12	30/10/2023	10:00
RAPS	ASSISTENTE SOCIAL	4516417839	LUCILENE MARIA VAZ MAIA	PP	35	13	09/11/2023	10:00
RAPS	ASSISTENTE SOCIAL	4516117764	MICHELA FIGUR DOS SANTOS	AC	9	14	09/11/2023	10:00
RAPS	ASSISTENTE SOCIAL	4516378435	JESSICA FERNANDES MARTINS COSTA	AC	10	15	09/11/2023	10:00
RAPS	EDUCADOR FÍSICO	4526136760	ANNA LUIZA FERREIRA BURNIER PEREZ	AC	3	3	09/11/2023	10:00
RAPS	TERAPEUTA OCUPACIONAL	4616357053	SORAYA TAVARES LABUTO DE ARAUJO	AC	26	26	09/11/2023	10:00

**\* 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

<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 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.			
<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 tornar-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 Empregado/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 Empregado** 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 Empregado:

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