

EDITAL Nº 498/2019

CONVOCAÇÃO PARA ENTREGA DE DOCUMENTAÇÕES DOS CANDIDATOS CLASSIFICADOS NO PROCESSO SELETIVO SIMPLIFICADO Nº 003/2018.

O Diretor Geral da Fundação Hospitalar Getúlio Vargas, no uso de suas atribuições legais, **TORNA PÚBLICO** o presente edital para divulgar o que segue:

A Fundação Hospitalar Getúlio Vargas convoca os candidatos abaixo relacionados, a apresentarem-se formalmente na **Unidade de Gestão do Trabalho – Rua Alegrete, 145. Bairro Diehl. Sapucaia do Sul/RS – de segunda à sexta-feira das 9h às 12h e das 13h às 16h**, munido da documentação em anexo, a fim de assumirem **VAGA TEMPORÁRIA** pelo prazo de **6 (seis) meses**, podendo ter seu contrato renovado por igual período, conforme Item 1.5.1 do Edital de Abertura.

O (a) candidato (a) convocado (a) que não comparecer **no prazo de 5 (cinco) dias úteis** a partir da publicação do Edital de convocação estará excluído do Processo Seletivo definitivamente.

Caso a vaga não seja de interesse favor comunicar a desistência através de requerimento formal, na sede da FHGV, no mesmo prazo.

Ainda, o ingresso do (a) candidato (a) nesta Fundação fica condicionado à comprovação dos requisitos, documentos exigidos e aptidão nas etapas de admissão.

Atenção: No dia 25 de Dezembro não haverá expediente em razão do feriado de Natal.

CANDIDATOS CONVOCADOS:

EDITAL	CARGO	CLASS	NOME
003/2018	OPERADOR DE RADIOCOMUNICAÇÃO	84	KLÉBYSON ALESSANDRO RODRIGUES DOS SANTOS
003/2018	OPERADOR DE RADIOCOMUNICAÇÃO	85	DÉBORA WOJTKIELEWICZ MOREIRA
003/2018	TÉCNICO AUXILIAR DE REGULAÇÃO MÉDICA	268	JORGE LOURENÇO ROCHA FILHO
003/2018	TÉCNICO AUXILIAR DE REGULAÇÃO MÉDICA	269	ROBERTO SOSSMEIER STEIN
003/2018	TÉCNICO AUXILIAR DE REGULAÇÃO MÉDICA	270	KLÉBYSON ALESSANDRO RODRIGUES DOS SANTOS
003/2018	TÉCNICO AUXILIAR DE REGULAÇÃO MÉDICA	271	GABRIELLE BIDART DIAS
003/2018	TÉCNICO AUXILIAR DE REGULAÇÃO MÉDICA	272	PAULA GEOVANA DA SILVA CARDOSO
003/2018	TÉCNICO AUXILIAR DE REGULAÇÃO MÉDICA	273	JÚLIA DA SILVA PILGER

Sapucaia do Sul, 19 de dezembro de 2019.

Gilberto Barichello

Diretor da Fundação Hospitalar Getúlio Vargas

DECLARAÇÃO

Eu, _____, cargo _____, do Edital nº _____/20_____, CPF _____, declaro, para os fins de admissão e feitura de contrato, que estou ciente da documentação abaixo relacionada e do prazo estipulado em minha convocação, e ainda, que tenho responsabilidade de que a mesma esteja completa no ato da entrega à Unidade de Gestão do Trabalho da Fundação Hospitalar Getúlio Vargas – UGT / FHGV. Declaro estar ciente de que meu ingresso fica condicionado à satisfação e comprovação dos requisitos e demais documentos conforme Edital de Abertura supracitado. Por fim, me responsabilizo pela originalidade dos documentos por mim apresentados, estando ciente de que, segundo o edital, será excluído do PSS/PSP o candidato que fizer, em qualquer documento, declaração falsa ou inexata. A inexatidão das informações, irregularidades dos documentos, ou não comprovação dos mesmos no prazo solicitado pela FHGV, ainda que verificados posteriormente, eliminarão o candidato, anulando-se todos os atos decorrentes de sua inscrição.

DOCUMENTOS ESPECÍFICOS (Formulários anexos que devem ser entregues devidamente preenchidos)

- 1- () COMPROVAÇÃO DE EXPERIÊNCIA DE 6 MESES NA FUNÇÃO (Conforme Edital)
- 2- () FORMULÁRIO DE IDENTIFICAÇÃO
- 3- () REQUERIMENTO DE VALE TRANSPORTE
- 4- () TERMO DE ACEITE DE VAGA
- 5- () DECLARAÇÃO DE INEXISTÊNCIA DE IMPEDIMENTO PARA ASSUMIR O CARGO
- 6- () DECLARAÇÃO ATUALIZADA DOS RESPECTIVOS BENS
- 7- () PROVA DE ATENDIMENTO DAS EXIGÊNCIAS DA LEI FEDERAL Nº 7.853/89 E DO DECRETO FEDERAL Nº 3.298/99 (Apenas para PCD).

DOCUMENTOS ORIGINAIS E CÓPIAS

- 8- () CERTIDÃO DE CASAMENTO OU REGISTRO CIVIL MAIS RECENTE
- 9- () RG e CPF (CNH obrigatório apenas para cargos de Motoristas ou Condutores de Veículos de Urgência)
- 10- () CARTEIRA DE TRABALHO - CTPS (Página com foto e verso, demais páginas apenas se necessário comprovar experiência)
- 11- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA (Conta de água/luz/telefone até 60 dias, com declaração e cópia de documento se estiver em nome de terceiros)
- 12- () CARTÃO SUS (se não possuir, imprimir em <https://portalcidadao.saude.gov.br/portalcidadao/verificarSePossuiCNS.htm>)
- 13- () CARTEIRA DE VACINAÇÃO (Com vacinas obrigatórias: Tríplice Viral (SCR), Hepatite B e Dupla Adulto (Difteria e Tétano))
- 14- () CERTIFICADO DE RESERVISTA (Para os candidatos do sexo masculino com idade até 45 anos)
- 15- () COMPROVANTE DE ESCOLARIDADE (Ensino Fundamental ou Médio, conforme pré-requisito para o cargo)

CÓPIAS DE DOCUMENTOS DE DEPENDENTES

- 16- () CARTEIRA DE VACINAÇÃO DE FILHOS MENORES DE 6 ANOS
- 17- () CERTIDÃO DE NASCIMENTOS DOS FILHOS ATÉ 21 ANOS
- 18- () CPF DOS FILHOS DE 0 A 21 ANOS (Se estudante até 24 anos)
- 19- () COMPROVANTE DE ESCOLARIDADE DOS FILHOS ATÉ 21 ANOS (De 21 a 24 anos somente se for declarado como dependente)
- 20- () CPF DO CÔNJUGE (Somente se for declarado como dependente no Imposto de Renda)

DOCUMENTOS ORIGINAIS

- 21- () ALVARÁ DE FOLHA CORRIDA (http://www.tjrs.jus.br/site/servicos/alvara_de_folha_corrida/)
- 22- () CERTIDÃO JUDICIAL CRIMINAL (Selecionar esta opção no link: http://www.tjrs.jus.br/site/servicos/alvara_de_folha_corrida/)
- 23- () CERTIDÃO JUDICIAL CÍVEL NEGATIVA DE 1º GRAU (Selecionar esta opção no link: http://www.tjrs.jus.br/site/servicos/alvara_de_folha_corrida/)
- 24- () CERTIDÃO REGIONAL PARA FINS GERAIS CÍVEL E CRIMINAL (<http://www2.trf4.jus.br/trf4/processos/certidao/index.php>)
- 25- () CONSULTA DA QUALIFICAÇÃO CADASTRAL (Imprimir a página que informa que "os dados estão corretos": <https://consultacadastral.inss.gov.br/Esocial>)
- 26- () COMPROVANTE DE SITUAÇÃO CADASTRAL CPF www.receita.fazenda.gov.br/Aplicacoes/SSL/ATCTA/CPF/ConsultaSituacao/ConsultaPublica.asp ([https://](https://www.receita.fazenda.gov.br/Aplicacoes/SSL/ATCTA/CPF/ConsultaSituacao/ConsultaPublica.asp))
- 27- () CERTIDÃO DE QUITAÇÃO DE OBRIGAÇÕES ELEITORAIS (Acesse: <http://www.tse.jus.br/eleitor/certidoes/certidao-de-quitacao-eleitoral>)
- 28- () COMPROVANTE DO PIS/PASEP ATIVO (Obrigatório solicitar pessoalmente em qualquer Caixa Econômica Federal)
- 29- () DECLARAÇÃO PJ (Exclusivo para Cargos Médicos)

Local e data _____ de _____ de 20_____.

Assinatura _____