Fundação Hospitalar Getúlio Vargas
CNPJ: 13.183.513/0001-27
Rua Alegrete, 145 Sapucaia do Sul - RS
CEP:93210-120 Fone: (51) 3451.8200
www.fhgv.com.br

EDITAL Nº 073/2020

CONVOCAÇÃO PARA ENTREGA DE DOCUMENTAÇÕES DOS CANDIDATOS CLASSIFICADOS NO PROCESSO SELETIVO SIMPLIFICADO 017/2019

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 entrega de documentos deve ser realizada presencialmente pelo candidato, podendo ser efetivada pessoalmente ou por intermédio de procurador com poderes especiais, devendo ser anexada a respectiva procuração original, que poderá ser pública ou particular com firma reconhecida.

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 Simplificado definitivamente. Caso a vaga não seja de interesse favor comunicar a desistência através de requerimento formal, no mesmo prazo.

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

CANDIDATOS CONVOCADOS:

CARGO	CLASS	NOME
TÉCNICO AUXILIAR DE REGULAÇÃO MÉDICA	11	REGINA BARRETO RIBEIRO
TÉCNICO AUXILIAR DE REGULAÇÃO MÉDICA	12	FABIANE DOS SANTOS LAMBERCH
TÉCNICO AUXILIAR DE REGULAÇÃO MÉDICA	13	ANGELA DE OLIVEIRA GOETZ
TÉCNICO AUXILIAR DE REGULAÇÃO MÉDICA	14	FABIANA DE ASSIS MARIANO
TÉCNICO AUXILIAR DE REGULAÇÃO MÉDICA	15	CAMILA CAMARGO PEREIRA
TÉCNICO AUXILIAR DE REGULAÇÃO MÉDICA	16	NADIA CARDOSO COELHO
TÉCNICO AUXILIAR DE REGULAÇÃO MÉDICA	6 PNP	GRACE DE AVILA VIANA

Sapucaia do Sul, 06 de Março de 2020.
Gilberto Barichello
Diretor da Fundação Hospitalar Getúlio Vargas

FUNDAÇÃO HOSPITALAR
GETÚLIO VARGAS

Fundação Hospitalar Getúlio Vargas
CNPJ: 13.183.513/0001-27
Rua Alegrete, 145 Sapucaia do Sul - RS
CEP:93210-120 Fone: (51) 3451.8200
www.fhgv.com.br

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://portaldocidadao.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 1°GRAU (Selecionar esta opção no link: http://www.tjrs.jus.br/site/servicos/alvara_de_folha_corrida/)
24- ( ) CERTIDÃO REGIONAL PARA FINS GERAIS CÍVIL 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://
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