

EDITAL Nº 220/2020

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 para entrega de documentos visando sua admissão. Os documentos, em anexo, devem ser entregues **preferencialmente** por meio eletrônico, através do link: <https://cutt.ly/qtL3NYD>. **Excepcionalmente**, os documentos podem ser entregues 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.**

A entrega dos documentos por via eletrônica é medida excepcional, em virtude do risco de propagação do Covid19, e busca resguardar candidatos e trabalhadores da FHGV.

O (a) candidato (a) convocado (a) que não comparecer ou enviar os todos os documentos por e-mail **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 do e-mail de convocação ou pelo mesmo e-mail antes indicado, o mais rápido possível.

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

Maiores dúvidas e esclarecimentos poderão ser sanados pelo telefone: (51) 3451-8200, ramal 189 ou 179.

CANDIDATOS CONVOCADOS:

EDITAL	CARGO	CLASS	NOME
PSS 017/2019	TÉCNICO AUXILIAR DE REGULAÇÃO MÉDICA	11 PNP	RODRIGO ALMEIDA DOS SANTOS

Sapucaia do Sul, 06 de agosto de 2020.

Gilberto Barichello

Diretor da Fundação Hospitalar Getúlio Vargas

UNIDADES:

Hospital Municipal Getúlio Vargas – (51) 3451.8200 / Hospital Tramandaí – (51) 3684.0300

UPA Sapucaia do Sul – (51) 3450.3082

Clisam – (51) 3474.0169 / SAMU Sapucaia do Sul –192

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- () FOTO 3 X 4 ATUALIZADA
- 2- () COMPROVAÇÃO DE EXPERIÊNCIA DE 6 MESES NA FUNÇÃO ([Conforme Edital](#))
- 3- () FORMULÁRIO DE IDENTIFICAÇÃO
- 4- () REQUERIMENTO DE VALE TRANSPORTE
- 5- () TERMO DE ACEITE DE VAGA
- 6- () DECLARAÇÃO DE INEXISTÊNCIA DE IMPEDIMENTO PARA ASSUMIR O CARGO
- 7- () DECLARAÇÃO ATUALIZADA DOS RESPECTIVOS BENS
- 8- () 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

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

CÓPIAS DE DOCUMENTOS DE DEPENDENTES

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

DOCUMENTOS ORIGINAIS

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

Local e data _____, de _____ de 20_____.

Assinatura