

DECLARAÇÃO

Eu, _____, cargo _____, do Edital nº _____/20____, CPF, _____ declaro, para os fins de admissão e feita 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 Concurso Público 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 ORIGINAIS
<p>1 - () FOTO 3 X 4 ATUALIZADA</p> <p>2- () ALVARÁ DE FOLHA CORRIDA (https://www.tjrs.ius.br/novo/processos-e-servicos/servicos-processuais/emissao-de-antecedentes-e-certidoes/?print=true&https://www.tjrs.ius.br/site/servicos/alvara_de_folha_corrada_cert2g/)</p> <p>3- () CERTIDÃO JUDICIAL CRIMINAL (Selecionar esta opção no link: https://www.tjrs.ius.br/novo/processos-e-servicos/servicos-processuais/emissao-de-antecedentes-e-certidoes/?print=true&https://www.tjrs.ius.br/site/servicos/alvara_de_folha_corrada_cert2g/)</p> <p>4- () CERTIDÃO JUDICIAL CÍVEL NEGATIVA DE 1º GRAU (Selecionar esta opção no link https://www.tjrs.ius.br/novo/processos-e-servicos/servicos-processuais/emissao-de-antecedentes-e-certidoes/?print=true&https://www.tjrs.ius.br/site/servicos/alvara_de_folha_corrada_cert2g/)</p> <p>5- () CERTIDÃO REGIONAL PARA FINS GERAIS CÍVEL E CRIMINAL (Selecionar esta opção Tipo 1. Fins Gerais 1º Grau http://www2.trf4.jus.br/trf4/processos/certidao/index.php)</p> <p>6- () CONSULTA DA QUALIFICAÇÃO CADASTRAL (Imprimir a página que informa que “os dados estão corretos”: https://consultacadastral.inss.gov.br/Esocial)</p> <p>7- () COMPROVANTE DE SITUAÇÃO CADASTRAL CPF (https://www.receita.fazenda.gov.br/Aplicacoes/SSL/ATCTA/CPF/ConsultaSituacao/ConsultaPublica.asp)</p> <p>8- () CERTIDÃO DE QUITAÇÃO DE OBRIGAÇÕES ELEITORAIS (Acesse: http://www.tse.ius.br/eleitor/certidoes/certidao-de-quitacao-eleitoral)</p> <p>9- () COMPROVANTE DO PIS/PASEP ATIVO (Obrigatório solicitar pessoalmente em qualquer Caixa Econômica Federal) ou EXTRATO DO FGTS (Acesso pelo aplicativo da Caixa Econômica Federal ou caixa eletrônico da Caixa Econômica Federal)</p>
DOCUMENTOS ORIGINAIS E CÓPIAS
<p>10- () RG e CPF (CNH obrigatório apenas para cargos de Motoristas ou Condutores de Veículos de Urgência)</p> <p>11- () CERTIDÃO DE CASAMENTO OU REGISTRO CIVIL MAIS RECENTE</p> <p>12- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA (Conta de água/luz/telefone até 60 dias, com declaração e cópia de documento de RG, CNH se estiver em nome de terceiros)</p> <p>13- () CARTEIRA DE TRABALHO - CTPS (Página com foto e verso, demais páginas apenas se necessário comprovar experiência)</p> <p>14- () COMPROVANTE DE ESCOLARIDADE (Ensino Fundamental ou Médio, conforme pré-requisito para o cargo)</p> <p>15- () DIPLOMA (Curso Técnico ou Superior, conforme pré-requisito do cargo)</p> <p>16- () CERTIFICADOS OU DIPLOMAS DE ESPECIALIZAÇÃO/RESIDÊNCIA/ CURSOS OBRIGATÓRIOS (Conforme pré-requisitos do cargo)</p> <p>17- () CARTEIRA DO CONSELHO PROFISSIONAL (Com registro válido, nos casos em que há prazo de validade)</p> <p>18- () CERTIDÃO DE REGULARIDADE DO CONSELHO (para médicos CERTIDÃO DE REGULARIDADE FINANCEIRA DO CONSELHO)</p> <p>19- () CARTÃO SUS (se não possuir, imprimir em https://portaldocidadao.saude.gov.br/portaldocidadao/verificarSePossuiCNS.htm)</p> <p>20- () CARTEIRA DE VACINAÇÃO (Com vacinas obrigatórias: Tríplice Viral (SCR), Hepatite B e Dupla Adulto (Difteria e Tétano; recomendada Influenza)</p> <p>21- () CERTIFICADO DE RESERVISTA (Para os candidatos do sexo masculino com idade até 45 anos)</p>
CÓPIAS DE DOCUMENTOS DE DEPENDENTES
<p>22- () CARTEIRA DE VACINAÇÃO DE FILHOS MENORES DE 6 ANOS</p> <p>23- () CERTIDÃO DE NASCIMENTOS DOS FILHOS ATÉ 21 ANOS</p> <p>24- () CPF DOS FILHOS DE 0 A 21 ANOS (Se estudante até 24 anos)</p> <p>25- () COMPROVANTE DE ESCOLARIDADE DOS FILHOS ATÉ 21 ANOS (De 21 a 24 anos somente se for declarado como dependente)</p> <p>26- () CPF DO CÔNJUGE (Somente se for declarado como dependente no Imposto de Renda)</p>
DOCUMENTOS ESPECÍFICOS (Formulários anexos que devem ser entregues devidamente preenchidos)
<p>27- () FORMULÁRIO DE IDENTIFICAÇÃO</p> <p>28- () REQUERIMENTO DE VALE TRANSPORTE</p> <p>29- () DECLARAÇÃO DE INEXISTÊNCIA DE IMPEDIMENTO PARA ASSUMIR O CARGO</p> <p>30- () DECLARAÇÃO ATUALIZADA DOS RESPECTIVOS BENS</p> <p>31- () PROVA DE ATENDIMENTO DAS EXIGÊNCIAS DA LEI FEDERAL Nº 7.853/89 E DO DECRETO FEDERAL Nº 3.298/99 (Apenas para PCD).</p>

Local e data _____, _____ de _____ de 202__.

Assinatura _____

UNIDADES:

DADOS DO INGRESSO			
CARGO:		EDITAL Nº ____/____	CLASSIFICAÇÃO:
FORMA DE INGRESSO: () CADASTRO GERAL () CADASTRO NEGROS/PARDOS () CADASTRO PCD			
DADOS DE IDENTIFICAÇÃO			
NOME COMPLETO:			
DATA DE NASCIMENTO	NATALIDADE/UF (cidade de nascimento.)	SEXO BIOLÓGICO	IDENTIDADE DE GÊNERO
		() Masc. () Fem.	
ESTADO CIVIL: () Solteiro () Casado () Divorciado () Viúvo () Separado judicialmente () União Estável			
FILHOS: () Não () Sim QUANTOS FILHOS? DATA DE NASCIMENTO?			
INSTRUÇÃO COMPLETA: () Ens.Fundamental () Ens.Médio () Ens.Superior () Especialização () Mestrado () Doutorado			
RAÇA/COR: () Amarela () Branca () Indígena () Negra () Parda			
PESSOA COM DEFICIÊNCIA: () Não () Sim. Qual:			
NOME DA MÃE:			
NOME DO PAI:			
DADOS DE CONTATO			
ENDEREÇO:			
CIDADE/UF:		BAIRRO:	CEP:
TELEFONES:			
E-MAIL:			
DOCUMENTAÇÃO			
CARTEIRA DE TRABALHO: Nº _____ Série: _____ UF _____ Data Emissão: ____/____/____			
PIS nº:		CARTÃO SUS Nº:	
CPF nº:			
RG: nº _____ Órgão Emissor/UF: _____/____ Data Emissão: ____/____/____			
TÍTULO ELEITORAL: nº _____ Zona: _____ Seção _____			
<u>CARTEIRA DO CONSELHO PROFISSIONAL (conforme pré-requisito do Edital)</u>			
Nº Registro: _____ Órgão Emissor: _____ Data Emissão: ____/____/____. Data Validade: ____/____/____			
<u>CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO-CNH (obrigatório para motoristas e condutores de veículos de urgência)</u>			
Nº _____ Categoria: ____ Data Validade: ____/____/____. Órgão Emissor: _____			
DEPENDENTES DECLARADOS NO IMPOSTO DE RENDA			
Declaro para fins de imposto de renda a(s) pessoa(s) abaixo relacionada(s) como dependente(s):			
	NOME COMPLETO	NASCIMENTO	CPF
1			
2			
3			
VINCULO COM A FUNDAÇÃO HOSPITALAR GETULIO VARGAS			
JÁ TRABALHOU NA FHGV? () Sim () Não		TIPO DE VÍNCULO: () Autônomo () Empregado	DATA DE SAÍDA: ____/____
<u>SE SIM, QUAL FOI A UNIDADE:</u>			
() Hospital Getúlio Vargas () Hospital São José do Norte () Hospital Rio Pardo () Hospital Charqueadas () Hospital Tramandaí () UPA Sapucaia do Sul () UPA Pelotas () UPA Lajeado () UPA Viamão () SAMU			
LOCAL E DATA: _____, ____/____/____.			
ASSINATURA: _____			

REQUERIMENTO DE VALE TRANSPORTE

NOME COMPLETO:			
ENDEREÇO:		Nº:	COMPLEMENTO:
BAIRRO:	CIDADE:	UF:	CEP:
CARGO:			MATRÍCULA:
<u>FARÁ USO DE TRANSPORTE PÚBLICO?</u>			
<input type="checkbox"/>) NÃO			
<input type="checkbox"/>) SIM (preencher os meios de transporte público a ser utilizado)			

MEIOS DE TRANSPORTE PÚBLICO A SER UTILIZADO

EMPRESA	LINHA	QTDE (*)

(*) CALCULAR A QUANTIDADE DE PASSAGENS POR DIA (IDA E VOLTA)

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Assumo o compromisso de: a) manter meus registros funcionais atualizados e informar à pessoa responsável sobre qualquer modificação de endereço e, b) utilizar o Vale-Transporte EXCLUSIVAMENTE para meu efetivo deslocamento residência-trabalho e vice-versa.

Declaro estar ciente de que a não atualização de informações relacionadas ao meu endereço acarretará a suspensão do benefício e que a falsidade das informações prestadas ou o uso indevido do Vale-Transporte poderá significar a rescisão do meu contrato de trabalho por JUSTA CAUSA, conforme artigo 482, alínea "a" da C.L.T. ou artigo 151 e seguintes da Lei 2028/97.

Declaro ainda que, ao optar pelo uso do vale-transporte, autorizo a empresa a descontar mensalmente até o limite de 6% (seis por cento) de meus vencimentos, excluídos quaisquer adicionais ou vantagens.

Local e data: _____ ; _____ / _____ / _____ .

Assinatura

UNIDADES:

DECLARAÇÃO DE ACUMULAÇÃO OU NÃO ACUMULAÇÃO DE CARGO, EMPREGO E/OU FUNÇÃO PÚBLICA

Eu, _____, tendo sido aprovado(a) pelo Concurso Público Processo Seletivo Público Processo Seletivo Simplificado, edital nº ____/____, para o cargo de _____, Declaro, para fins do contido nos incisos XVI¹ e XVII² e do §10³ do art. 37 da Constituição Federal Brasileira de 1988 com redação determinada pelas Emendas Constitucionais nº 19 e 20 de 1998, que:

NÃO POSSUO POSSUO

outro vínculo empregatício em caráter permanente ou temporário com qualquer entidade pública federal, estadual, ou municipal, nas Empresas Públicas e nas Sociedades de Economia Mista.

Instituição:

Cargo/emprego/função de:

Carga Horária:

Horário de Trabalho:

NÃO RECEBO RECEBO

aposentadoria que pode vir a ser inacumulável com o cargo/emprego que serei contratado.

Local e data: _____, _____ de _____ de _____.

Assinatura

¹ **XVI** - é vedada a acumulação remunerada de cargos públicos, exceto, quando houver compatibilidade de horários, observado em qualquer caso o disposto no inciso XI:

- a) a de dois cargos de professor;
- b) a de um cargo de professor com outro, técnico ou científico;
- c) a de dois cargos ou empregos privativos de profissionais de saúde, com profissões regulamentadas;

² **XVII** - a proibição de acumular estende-se a empregos e funções e abrange autarquias, fundações, empresas públicas, sociedades de economia mista, suas subsidiárias, e sociedades controladas, direta ou indiretamente, pelo poder público;

³ **§ 10**. É vedada a percepção simultânea de proventos de aposentadoria decorrentes do art. 40 ou dos arts. 42 e 142 com a remuneração de cargo, emprego ou função pública, ressalvados os cargos acumuláveis na forma desta Constituição, os cargos eletivos e os cargos em comissão declarados em lei de livre nomeação e exoneração.

UNIDADES:

DECLARAÇÃO DE BENS E VALORES
Conforme Lei Federal nº 8429/02

NOME COMPLETO:

CARGO:

CPF:

DECLARO NESTA DATA:

- () NÃO POSSUIR BENS MATERIAIS EM MEU NOME
() POSSUIR OS BENS DESCRITOS A SEGUIR (preencher o quadro abaixo)

() DECLARAÇÃO DE INGRESSO ANUAL () DECLARAÇÃO DE DESLIGAMENTO ANUAL () DECLARAÇÃO DE ATUALIZAÇÃO ANUAL

BENS DECLARADOS

TIPO <i>(carro, casa, terreno, valores, etc)</i>	DISCRIMINAR <i>(marca, modelo, ano, endereço, bairro, cidade, etc)</i>	VALOR DO BEM (R\$) <i>(valor de aquisição)</i>

Local e data: _____ ; ____ / ____ / ____.

Assinatura do declarante

COMPROVANTE DE ENTREGA DA DECLARAÇÃO DE BENS E RENDAS CONFORME ORDEM DE SERVIÇO n.º 004 /2019

NOME: _____ MATRÍCULA: _____ DATA: ____ / ____ / ____

COMPETÊNCIA: _____ ANO ENTREGA DA DECLARAÇÃO

Carimbo do responsável pelo recebimento