

## 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 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

- 1- ( ) FOTO 3 X 4 ATUALIZADA
- 2- ( ) ALVARÁ DE FOLHA CORRIDA ([https://www.tjrs.jus.br/novo/processos-e-servicos/servicos-processuais/emissao-de-antecedentes-e-certidoes/?print=true&https://www.tjrs.jus.br/site/servicos/alvara\\_de\\_folha\\_corrada\\_cert2g/](https://www.tjrs.jus.br/novo/processos-e-servicos/servicos-processuais/emissao-de-antecedentes-e-certidoes/?print=true&https://www.tjrs.jus.br/site/servicos/alvara_de_folha_corrada_cert2g/))
- 3- ( ) CERTIDÃO JUDICIAL CRIMINAL (Selecionar esta opção no link: [https://www.tjrs.jus.br/novo/processos-e-servicos/servicos-processuais/emissao-de-antecedentes-e-certidoes/?print=true&https://www.tjrs.jus.br/site/servicos/alvara\\_de\\_folha\\_corrada\\_cert2g/](https://www.tjrs.jus.br/novo/processos-e-servicos/servicos-processuais/emissao-de-antecedentes-e-certidoes/?print=true&https://www.tjrs.jus.br/site/servicos/alvara_de_folha_corrada_cert2g/))
- 4- ( ) CERTIDÃO JUDICIAL CÍVEL NEGATIVA DE 1º GRAU (Selecionar esta opção no link [https://www.tjrs.jus.br/novo/processos-e-servicos/servicos-processuais/emissao-de-antecedentes-e-certidoes/?print=true&https://www.tjrs.jus.br/site/servicos/alvara\\_de\\_folha\\_corrada\\_cert2g/](https://www.tjrs.jus.br/novo/processos-e-servicos/servicos-processuais/emissao-de-antecedentes-e-certidoes/?print=true&https://www.tjrs.jus.br/site/servicos/alvara_de_folha_corrada_cert2g/))
- 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>)
- 6- ( ) CONSULTA DA QUALIFICAÇÃO CADASTRAL (Imprimir a página que informa que "os dados estão corretos": <https://consultacadastral.inss.gov.br/Esocial>)
- 7- ( ) COMPROVANTE DE SITUAÇÃO CADASTRAL CPF (<https://www.receita.fazenda.gov.br/Aplicacoes/SSL/ATCTA/CPF/ConsultaSituacao/ConsultaPublica.asp>)
- 8- ( ) CERTIDÃO DE QUITAÇÃO DE OBRIGAÇÕES ELEITORAIS (Acesse: <http://www.tse.jus.br/eleitor/certidoes/certidao-de-quitacao-eleitoral>)
- 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)

### DOCUMENTOS ORIGINAIS E CÓPIAS

- 10- ( ) RG e CPF (CNH obrigatório apenas para cargos de Motoristas ou Condutores de Veículos de Urgência)
- 11- ( ) CERTIDÃO DE CASAMENTO OU REGISTRO CIVIL MAIS RECENTE
- 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)
- 13- ( ) CARTEIRA DE TRABALHO - CTPS (Página com foto e verso, demais páginas apenas se necessário comprovar experiência)
- 14- ( ) COMPROVANTE DE ESCOLARIDADE (Ensino Fundamental ou Médio, conforme pré-requisito para o cargo)
- 15- ( ) DIPLOMA (Curso Técnico ou Superior, conforme pré-requisito do cargo)
- 16- ( ) CERTIFICADOS OU DIPLOMAS DE ESPECIALIZAÇÃO/RESIDÊNCIA/ CURSOS OBRIGATÓRIOS (Conforme pré-requisitos do cargo)
- 17- ( ) CARTEIRA DO CONSELHO PROFISSIONAL (Com registro válido, nos casos em que há prazo de validade)
- 18- ( ) CERTIDÃO DE REGULARIDADE DO CONSELHO (para médicos CERTIDÃO DE REGULARIDADE FINANCEIRA DO CONSELHO)
- 19- ( ) CARTÃO SUS (se não possuir, imprimir em <https://portaldocidadao.saude.gov.br/portaldocidadao/verificarSePossuiCNS.htm>)
- 20- ( ) CARTEIRA DE VACINAÇÃO (Com vacinas obrigatórias: Tríplice Viral (SCR), Hepatite B e Dupla Adulto (Difteria e Tétano; recomendada Influenza)
- 21- ( ) CERTIFICADO DE RESERVISTA (Para os candidatos do sexo masculino com idade até 45 anos)

### CÓPIAS DE DOCUMENTOS DE DEPENDENTES

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

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

- 27- ( ) FORMULÁRIO DE IDENTIFICAÇÃO
- 28- ( ) REQUERIMENTO DE VALE TRANSPORTE
- 29- ( ) TERMO DE ACEITE DE VAGA
- 30- ( ) DECLARAÇÃO DE INEXISTÊNCIA DE IMPEDIMENTO PARA ASSUMIR O CARGO
- 31- ( ) DECLARAÇÃO ATUALIZADA DOS RESPECTIVOS BENS
- 32- ( ) PROVA DE ATENDIMENTO DAS EXIGÊNCIAS DA LEI FEDERAL Nº 7.853/89 E DO DECRETO FEDERAL Nº 3.298/99 (Apenas para PCD).
- 33- ( ) DECLARAÇÃO PJ (Exclusivo para Cargos Médicos)

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 _____			
<b>CARTEIRA DO CONSELHO PROFISSIONAL (conforme pré-requisito do Edital)</b>			
Nº Registro: _____ Órgão Emissor: _____ Data Emissão: ____/____/____. Data Validade: ____/____/____			
<b>CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO-CNH (obrigatório para motoristas e condutores de veículos de urgência)</b>			
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: ____/____
<b>SE SIM, QUAL FOI A UNIDADE:</b>			
( ) 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

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

### 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 XVI<sup>1</sup> e XVII<sup>2</sup> e do §10<sup>3</sup> 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

<sup>1</sup> **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;

<sup>2</sup> **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;

<sup>3</sup> **§ 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       DECLARAÇÃO DE ATUALIZAÇÃO ANUAL

**BENS DECLARADOS**

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

## TERMO DE ACEITE DE VAGA PARA ADMISSÃO EM EMPREGO PÚBLICO

Eu, \_\_\_\_\_, tendo sido aprovado(a) pelo ( ) *Concurso Público* ( ) *Processo Seletivo Público*, edital nº \_\_\_\_/\_\_\_\_, para uma vaga DEFINITIVA para o cargo de \_\_\_\_\_, *atendendo a convocação feita pela FHGV, declaro que:*

- ( ) **Aceito** assumir a vaga para o cargo do quadro de pessoal desta Fundação.
- ( ) **Não aceito** assumir a vaga para o cargo do quadro de pessoal desta Fundação, estando ciente que os candidatos com classificação posterior deverão assumir o cargo em função de minha desistência.

Local e data: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura

### 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 - (51) 3453-1079