

## 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\\_corrida\\_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_corrida_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\\_corrida\\_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_corrida_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\\_corrida\\_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_corrida_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://consulta.cadastral.ins.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 a té 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 ÉTICO-PROFISSIONAL DO CONSELHO)
- 19- ( ) CARTÃO SUS (se não possuir, imprimir em <https://portal.docidadao.saude.gov.br/portal.cidadao/verificarSePossuiCNS.htm>)
- 20- ( ) CARTEIRA DE VACINAÇÃO (Com vacinas obrigatórias: Tríplice Viral (SCR), Hepatite B e Dupla Adulto (Difteria e Tétano; recomenda da 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- ( ) DE CLARAÇÃO DE ACUMULAÇÃO OU NÃO ACUMULAÇÃO DE CARGO, EMPREGO E/OU FUNÇÃO PÚBLICA
- 31- ( ) DE CLARAÇÃO DOS BENS E VALORES
- 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- ( ) DE CLARAÇÃO PJ (Exclusivo para Cargos Médicos)

Local e data \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 202\_\_\_\_\_.

Assinatura \_\_\_\_\_

UNIDADES:

## FORMULÁRIO DE IDENTIFICAÇÃO

DADOS DO INGRESSO		
CARGO:	EDITAL Nº ____/____	CLASSIFICAÇÃO:
FORMA DE INGRESSO: ( ) CADASTRO GERAL ( ) CADASTRO NEGROS/PARDOS ( ) CADASTRO PCD		
DADOS DE IDENTIFICAÇÃO		
NOME COMPLETO:		
IDENTIDADE DE GÊNERO:		
ESTADO CIVIL: ( ) Solteiro ( ) Casado ( ) Divorciado ( ) Viúvo ( ) Separado judicialmente ( ) União Estável		
FILHOS: ( ) Não ( ) Sim QUANTOS FILHOS? DATA DE NASCIMENTO?		
RAÇA/COR: ( ) Amarela ( ) Branca ( ) Indígena ( ) Negra ( ) Parda		
PESSOA COM DEFICIÊNCIA: ( ) Não ( ) Sim. Qual:		
DADOS DE CONTATO		
ENDEREÇO:		
CIDADE/UF:	BAIRRO:	CEP:
TELEFONES:		
E-MAIL:		
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> ( ) <b>NÃO</b> ( ) <b>SIM</b> (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:

## 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:

## 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:

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

## 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

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

## FORMULÁRIO DE DECLARAÇÃO DE DEPENDENTES PARA FINS DE IMPOSTO DE RENDA

Nome do Declarante				
Matrícula		Estado Civil		CPF
Endereço			Nº	CEP
Bairro:		Cidade		Telefone
Nº. Ordem	Nome completo dos Dependentes	Relação de Dependência (informar conforme tabela abaixo)	Data de Nascimento	CPF
1				
2				
3				
4				
5				

Para fins do Imposto de Renda, declaro que é ou são meu(s) dependente(s) a(s) pessoa(s) acima relacionada(s).

Declaro sob as penas da lei, que as informações aqui prestadas são verdadeiras e de minha inteira responsabilidade, não cabendo à empresa/órgão qualquer responsabilidade perante a fiscalização.

LOCAL \_\_\_\_\_, DATA \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
ASSINATURA DO EMPREGADO

Ciente do Cônjuge (\*): \_\_\_\_\_

(\*): o ciente do cônjuge é obrigatório no caso de dependentes em comum – IN RFB 1.500/14 artigo 90, parágrafo 6º.

\*\*\* Sempre que houver alteração esta declaração deve ser renovada pelo trabalhador \*\*\*

Tabela 07 -Tipos de Dependente do eSocial (versão leiaute 2.4.02)	
Cód.	Descrição
01	Cônjuge
02	Companheiro(a) com o(a) qual tenha filho ou viva há mais de 5 (cinco) anos ou possua Declaração de União Estável
03	Filho(a) ou enteado(a)
04	<b>Filho(a) ou enteado(a) universitário(a) ou cursando escola técnica de 2º grau</b>
06	Irmão(ã), neto(a) ou bisneto(a) sem arrimo dos pais, do(a) qual detenha a guarda judicial
07	<b>Irmão(ã), neto(a) ou bisneto(a) sem arrimo dos pais, universitário(a) ou cursando escola técnica de 2º grau, do(a) qual detenha a guarda judicial</b>
09	Pais, avós e bisavós
10	Menor pobre do qual detenha a guarda judicial
11	A pessoa absolutamente incapaz, da qual seja tutor ou curador

Informações de acordo com a IN RFB 1.500/14 e atualizações na formata lei.

#### Art. 90. Podem ser considerados dependentes:

I - o cônjuge;

II - o companheiro ou a companheira, desde que haja vida em comum por mais de 5 (cinco) anos, ou por período menor se da união resultou filho;

III - a filha, o filho, a enteada ou o enteado, até 21 (vinte e um) anos, ou de qualquer idade quando incapacitado física ou mentalmente para o trabalho;

IV - o menor pobre, até 21 (vinte e um) anos, que o contribuinte crie e eduque e do qual detenha a guarda judicial;

V - o irmão, o neto ou o bisneto, sem arrimo dos pais, até 21 (vinte e um) anos, desde que o contribuinte detenha a guarda judicial, ou de qualquer idade quando incapacitado física ou mentalmente para o trabalho;

VI - os pais, os avós ou os bisavós, desde que não aufram rendimentos, tributáveis ou não, superiores ao limite de isenção mensal;

VII - o absolutamente incapaz, do qual o contribuinte seja tutor ou curador.

§ 1º As pessoas elencadas nos incisos III e V do caput podem ser consideradas dependentes quando maiores até 24 (vinte e quatro) anos de idade, se estiverem cursando estabelecimento de ensino superior ou escola técnica de 2º (segundo) grau.

§ 2º Os dependentes comuns podem, opcionalmente, ser considerados por qualquer um dos cônjuges.

§ 3º No caso de filhos de pais separados:

I - o contribuinte pode considerar, como dependentes, os que ficarem sob sua guarda em cumprimento de decisão judicial ou acordo homologado judicialmente; e

II - havendo guarda compartilhada, cada filho(a) pode ser considerado como dependente de apenas um dos pais.

§ 4º O responsável pelo **pagamento a título de pensão** alimentícia em face das normas do Direito de Família, quando em cumprimento de decisão judicial, inclusive a prestação de alimentos provisionais, de acordo homologado judicialmente, ou de escritura pública, **não pode efetuar a dedução do valor correspondente a dependente**, exceto na hipótese de mudança na relação de dependência no decorrer do ano-calendário.

§ 5º É **vedada a dedução concomitante** de um **mesmo dependente na determinação da base de cálculo de mais de um contribuinte**, exceto nos casos de alteração na relação de dependência no ano-calendário.

§ 6º Para fins de desconto do **imposto na fonte**, os beneficiários devem **informar à fonte pagadora os dependentes a serem utilizados na determinação da base de cálculo, devendo a declaração ser firmada por ambos os cônjuges, no caso de dependentes comuns.**

§ 7º Na DAA pode ser considerado dependente aquele que, no decorrer do ano-calendário, tenha sido dependente do outro cônjuge para fins do imposto mensal, observado o disposto no § 5º.

§ 8º Para fins do disposto no inciso II do caput, considera-se também dependente o companheiro ou companheira de união homoafetiva.

**OBSERVAÇÃO: Anexar documento(s) comprobatório(s): certidão de nascimento para inclusão de descendentes; cópia do CPF para inclusão de companheiro/cônjuge; cópia da identidade e CPF do beneficiário para inclusão de ascendentes (pai/mãe/avós...).**



## DECLARAÇÃO DE PARTICIPAÇÃO DE PJ

Eu, \_\_\_\_\_, CPF nº \_\_\_\_\_ tendo sido aprovado (a) pelo ( ) Concurso Público ( ) Processo Seletivo Público ( ) Processo Seletivo Simplificado, edital nº \_\_\_\_/\_\_\_\_, para o cargo de \_\_\_\_\_, atendendo a convocação feita pela FHGV, em atenção ao disposto no Artigo 9º, inciso II, do Regulamento de Pessoal da Fundação de Saúde Sapucaia do Sul, declaro que:

( ) **Não participo** na condição de sócio, gerente ou administrador, de empresa ou pessoa jurídica com a qual a Fundação de Saúde Sapucaia do Sul tenha contrato ou convênio de qualquer espécie ou natureza;

( ) **Já solicitei exclusão do quadro conforme comprovante anexo**, pois participo na condição de sócio, gerente ou administrador, de empresa ou pessoa jurídica com a qual a Fundação de Saúde Sapucaia do Sul tem contrato ou convênio de qualquer espécie ou natureza, e comprometo-me a demonstrar a regularidade de minha situação assim que obtiver a comprovação da efetiva exclusão, sob pena de rescisão contratual, nos termos do mesmo Regulamento.

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

\_\_\_\_\_  
Assinatura

### UNIDADES: