

Entrega de Documentação Admissional



FUNDAÇÃO HOSPITALAR
GETÚLIO VARGAS

Declaração do Candidato

Eu, _____, CPF número _____, declaro estar ciente que meu ingresso na Fundação Hospitalar Getúlio Vargas fica condicionado à entrega completa da documentação abaixo relacionada dentro do prazo informado no edital de convocação e na comprovação dos requisitos para o cargo de _____ conforme o regulamento de empregos, cargos e funções da FHGV e edital de abertura do certame o qual fui convocado. Por fim, me responsabilizo pela originalidade dos documentos por mim apresentados podendo ser desclassificado do certame, por falsificação, inexistência e adulteração de qualquer documento e declaração entregue.

Assinatura do Candidato

O preenchimento do check-list abaixo é feito pelo setor de Admissão e Cadastro da Fundação Hospitalar Getúlio Vargas no ato de entrega dos documentos pelo candidato.

As lacunas assinaladas com "X" representam os documentos que foram entregues.

As lacunas assinaladas com o traço "-" indicam os documentos que não se aplicam ao candidato e ao cargo.

As lacunas vazias representam os documentos que não foram entregues.

Entrega de Documentos Originais

- 1 () COMPROVANTE DE EXPERIÊNCIA CONFORME REGULAMENTO E EDITAL
- 2 () FOTO 3 X 4 ATUALIZADA
- 3 () ALVARÁ DE FOLHA CORRIDA (<https://www.tjrs.jus.br/novo/processos-e-servicos/servicos-processuais/emissao-de-antecedentes-e-certidoes/>)
- 4 () CERTIDÃO JUDICIAL CRIMINAL NEGATIVA (<https://www.tjrs.jus.br/novo/processos-e-servicos/servicos-processuais/emissao-de-antecedentes-e-certidoes/>)
- 5 () CERTIDÃO JUDICIAL CÍVEL NEGATIVA DE 1º GRAU (<https://www.tjrs.jus.br/novo/processos-e-servicos/servicos-processuais/emissao-de-antecedentes-e-certidoes/>)
- 6 () CERTIDÃO REGIONAL PARA FINS GERAIS CÍVEL (<https://www3.trf4.jus.br/trf4/processos/certidao/index.php>)
- 7 () CERTIDÃO REGIONAL PARA FINS GERAIS CRIMINAL (<https://www3.trf4.jus.br/trf4/processos/certidao/index.php>)
- 8 () CONSULTA DA QUALIFICAÇÃO CADASTRAL (<https://consultacadastral.inss.gov.br/Esocial>)
- 9 () COMPROVANTE DE SITUAÇÃO CADASTRAL CPF (<https://servicos.receita.fazenda.gov.br/Servicos/CPF/ConsultaSituacao/ConsultaPublica.asp>)
- 10 () QUITAÇÃO DE OBRIGAÇÕES ELEITORAIS (<http://www.tse.jus.br/eleitor/certidoes/certidao-de-quitacao-eleitoral>)
- 11 () COMPROVANTE DO PIS/PASEP ATIVO (Solicitar pessoalmente em qualquer Caixa Econômica Federal, se servidor público no Banco do Brasil)

Apresentação de Documentos Originais e Entrega de Cópias

- 12 () RG e CPF (CNH obrigatório apenas para cargos de Motoristas ou Condutores de Veículos de Urgência)
- 13 () REGISTRO CIVIL MAIS RECENTE (Se união estável apresentar junto certidão de nascimento)
- 14 () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA (Água/luz/telefone de até 60 dias. Apresentar declaração e cópia de documento se estiver em nome de terceiros)
- 15 () CARTEIRA DE TRABALHO - CTPS (Página com foto e verso, demais páginas apenas se necessário comprovar experiência)
- 16 () COMPROVANTE DE ESCOLARIDADE (Ensino Fundamental ou Médio, conforme pré-requisito para o cargo)
- 17 () DIPLOMA (Curso Técnico ou Superior, conforme pré-requisito do cargo)
- 18 () CERTIFICADOS OU DIPLOMAS DE ESPECIALIZAÇÃO/RESIDÊNCIA/ CURSOS OBRIGATÓRIOS (Conforme pré-requisitos do cargo)
- 19 () CARTEIRA DO CONSELHO PROFISSIONAL (Com registro válido, nos casos em que há prazo de validade)
- 20 () CERTIDÃO DE REGULARIDADE DO CONSELHO (para médicos CERTIDÃO ÉTICO-PROFISSIONAL DO CONSELHO)
- 21 () CARTÃO SUS (Se não possuir imprimir em https://sso.aceso.gov.br/login?client_id=conectesus-app.saude.gov.br&authorization_id=175e17a14e7)
- 22 () CARTEIRA DE VACINAÇÃO (Com vacinas obrigatórias: Tríplice Viral (SCR), Hepatite B e Dupla Adulto (Difteria e Tétano; recomendada Influenza)
- 23 () CERTIFICADO DE RESERVISTA (Para os candidatos do sexo masculino com idade até 45 anos)
- 24 () PASSAPORTE (Quando estrangeiro, cópia da frente e verso)
- 25 () REGISTRO DE ESTRANGEIRO (Quando estrangeiro, cópia da frente e verso)

Entrega de Cópias de Documentos de Dependentes

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

Formulários que devem ser entregues devidamente preenchidos

- 31 () FORMULÁRIO DE IDENTIFICAÇÃO
- 32 () REQUERIMENTO DE VALE TRANSPORTE
- 33 () TERMO DE ACEITE DE VAGA
- 34 () DECLARAÇÃO DE ACUMULAÇÃO OU NÃO ACUMULAÇÃO DE CARGO, EMPREGO E/OU FUNÇÃO PÚBLICA
- 35 () DECLARAÇÃO DOS BENS E VALORES
- 36 () DECLARAÇÃO DE IMPOSTO DE RENDA
- 37 () PROVA DE ATENDIMENTO DAS EXIGÊNCIAS DA LEI FEDERAL Nº 7.853/89 E DO DECRETO FEDERAL Nº 3.298/99 (Apenas para PCD)
- 38 () DECLARAÇÃO PJ (Exclusivo para Cargos Médicos)
- 39 () TERMO DE APTIDÃO DE TRABALHO NA PANDEMIA DA COVID-19
- 40 () FORMULÁRIO DE ESTRANGEIRO

Os documentos recebidos pelo setor de Admissão e Cadastro foram devidamente assinalados nas lacunas do check-list acima estando o candidato ciente e de acordo.

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: ____/____ |
| SE SIM, QUAL FOI A UNIDADE: () 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:

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 | | | | CPF |
|-------------------------------------------------------------------|----------------------------------|----------------------------------------------------------------|-----------------------|-----|
| Possui dependentes para fins de imposto de renda? () SIM () NÃO | | | | |
| 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 leiante 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 | Filho(a) ou enteado(a) universitário(a) ou cursando escola técnica de 2º grau |
| 06 | Irmão(ã), neto(a) ou bisneto(a) sem arrimo dos pais, do(a) qual detenha a guarda judicial |
| 07 | 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 |
| 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 auferam 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: