

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/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.

- **Apresentação de Documentos Originais e Entrega de Cópias – Informações e Dados Pessoais**

- 01 () FORMULÁRIO DE IDENTIFICAÇÃO
- 02 () REGISTRO CIVIL MAIS RECENTE (Se união estável apresentar junto certidão de nascimento)
- 03 () RG e CPF (CNH obrigatório apenas para cargos de Motoristas ou Condutores de Veículos de Urgência)
- 04 () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA (Com CEP, se CEP único constar o bairro. Água/telefone fixo/luz de até 60 dias. Declaração e cópia de documento se em nome de terceiros.)
- 05 () CTPS DIGITAL (Gerar PDF da CTPS Digital: No aplicativo acessar "Enviar" e selecionar a opção "Todos os dados da carteira", após clicar em PDF)
- 06 () CARTÃO SUS (Se não possuir imprimir em https://sso.aceso.gov.br/login?client_id=conectesus-app.saude.gov.br&authorization_id=175e17a14e7)
- 07 () CARTEIRA DE VACINAÇÃO (Com vacinas obrigatórias: Tríplíce Viral, Hepatite B e Dupla Adulto / Recomendada: COVID e Influenza)
- 08 () CERTIFICADO DE RESERVISTA (Para os candidatos do sexo masculino com idade até 45 anos)
- 09 () COMPROVANTE DO PIS/PASEP ATIVO (Solicitar pessoalmente em qualquer Caixa Econômica Federal, se servidor público no Banco do Brasil)
- 10 () PROVA DE ATENDIMENTO DAS EXIGÊNCIAS DA LEI FEDERAL Nº 7.853/89 E DO DECRETO FEDERAL Nº 3.298/99 (Apenas para PCD)

- **Apresentação de Documentos Originais e Entrega de Cópias – Requisito do Cargo Conforme Edital de Abertura do Certame**

- 11 () COMPROVANTE DE EXPERIÊNCIA (conforme pré-requisito para o cargo)
- 12 () COMPROVANTE DE ESCOLARIDADE (Ensino Fundamental ou Médio, conforme pré-requisito para o cargo)
- 13 () DIPLOMA (Curso Técnico ou Superior, conforme pré-requisito do cargo)
- 14 () CERTIFICADOS OU DIPLOMAS DE ESPECIALIZAÇÃO/RESIDÊNCIA/CURSOS OBRIGATÓRIOS (Conforme pré-requisitos do cargo)
- 15 () REGISTRO DO CONSELHO PROFISSIONAL (Com registro válido, nos casos em que há prazo de validade. Médicos com especialidade também apresentar RQE)
- 16 () CERTIDÃO DE REGULARIDADE DO CONSELHO (para médicos CERTIDÃO ÉTICO-PROFISSIONAL DO CONSELHO)

- **Entrega de Documentos Originais**

- 17 () ALVARÁ DE FOLHA CORRIDA (<https://www.tjrs.jus.br/novo/processos-e-servicos/servicos-processuais/emissao-de-antecedentes-e-certidoes/>)
- 18 () CERTIDÃO JUDICIAL CRIMINAL NEGATIVA (<https://www.tjrs.jus.br/novo/processos-e-servicos/servicos-processuais/emissao-de-antecedentes-e-certidoes/>)
- 19 () CERTIDÃO JUDICIAL CÍVEL NEGATIVA DE 1º GRAU (<https://www.tjrs.jus.br/novo/processos-e-servicos/servicos-processuais/emissao-de-antecedentes-e-certidoes/>)
- 20 () CERTIDÃO REGIONAL PARA FINS GERAIS CÍVEL (<https://www3.trf4.jus.br/trf4/processos/certidao/index.php>)
- 21 () CERTIDÃO REGIONAL PARA FINS GERAIS CRIMINAL (<https://www3.trf4.jus.br/trf4/processos/certidao/index.php>)
- 22 () CONSULTA DA QUALIFICAÇÃO CADASTRAL (<https://consultacadastral.inss.gov.br/Esocial>)
- 23 () COMPROVANTE DE SITUAÇÃO CADASTRAL CPF (<https://servicos.receita.fazenda.gov.br/Servicos/CPF/ConsultaSituacao/ConsultaPublica.asp>)
- 24 () QUITAÇÃO DE OBRIGAÇÕES ELEITORAIS (<http://www.tse.jus.br/eleitor/certidoes/certidao-de-quitacao-eleitoral>)

- **Formulários Devidamente Preenchidos**

- 25 () FORMULÁRIO DE TERMO DE ACEITE DE VAGA (Cargo Comissionado não considerar este formulário)
- 26 () FORMULÁRIO DE DECLARAÇÃO DE ACUMULAÇÃO OU NÃO ACUMULAÇÃO DE CARGO, EMPREGO E/OU FUNÇÃO PÚBLICA
- 27 () FORMULÁRIO DE REQUERIMENTO DE VALE-TRANSPORTE
- 28 () FORMULÁRIO DE DECLARAÇÃO DOS BENS E VALORES
- 29 () FORMULÁRIO DE DECLARAÇÃO DE PARTICIPAÇÃO EM EMPRESA OU PESSOA JURÍDICA (Exclusivo para Cargos Médicos)
- 30 () FORMULÁRIO DE DECLARAÇÃO DE IMPOSTO DE RENDA (Deverá constar a assinatura de ciência do cônjuge)
- 31 () FORMULÁRIO DE REQUERIMENTO DE DESCONTO DE PENSÃO ALIMENTÍCIA (Anexar Ofício Judicial)

- **Entrega de Cópias de Documentos – Tabela Familiar**

- 32 () CERTIDÃO DE NASCIMENTO DOS FILHOS MENORES DE 18 ANOS DE IDADE

- **Entrega Cópias de Documentos – Dependentes Declarados no Imposto de Renda**

- 33 () CPF DE FILHO(A) OU ENTEADO(A) DE ATÉ 21 ANOS DE IDADE
- 34 () CPF DE FILHO(A) OU ENTEADO(A) DE ATÉ 24 ANOS DE IDADE SE UNIVERSITÁRIO(A) OU CURSANDO ESCOLA TÉCNICA DE 2º GRAU
- 35 () CERTIDÃO DE NASCIMENTO DE FILHO(A) OU ENTEADO(A) DE ATÉ 21 ANOS DE IDADE/ ATÉ 24 ANOS DE IDADE SE UNIVERSITÁRIO(A) OU CURSANDO ESCOLA TÉCNICA DE 2º GRAU
- 36 () COMPROVAÇÃO DE FREQUÊNCIA ESCOLAR DE FILHO(A) OU ENTEADO(A) DE ATÉ 24 ANOS DE IDADE SE UNIVERSITÁRIO(A) OU CURSANDO ESCOLA TÉCNICA DE 2º GRAU
- 37 () CPF DO CÔNJUGE OU OUTROS DEPENDENTES

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

Data: ____/____/____



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 DOS FILHOS?

RAÇA/COR: () Amarela () Branca () Indígena () Negra () Parda

PESSOA COM DEFICIÊNCIA: () Não () Sim. Qual:

DADOS DE CONTATO

ENDEREÇO:

CEP:

CIDADE/UF:

BAIRRO:

TELEFONES:

E-MAIL:

VINCULO COM A FUNDAÇÃO HOSPITALAR GETULIO VARGAS

JÁ TRABALHOU NA FHGV? () Sim () Não

SE SIM, QUAL FOI A UNIDADE:

() Hospital Getúlio Vargas () Hospital São José do Norte () Hospital Rio Pardo () Hospital Charqueadas () SAMU
() UPA Sapucaia do Sul () UPA Pelotas () UPA Lajeado () UPA Viamão () Hospital Tramandaí

Local e Data: _____, _____/_____/_____.

Assinatura do Candidato: _____

TERMO DE ACEITE DE VAGA

Eu, _____, tendo sido
aprovado(a) pelo Certame nº _____/_____, para o cargo de
_____, atendendo a convocação feita pela Fundação

Hospitalar Getúlio Vargas para uma vaga () DEFINITIVA / () TEMPORÁRIA, 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: _____, ____/____/____.

Assinatura do Candidato: _____



DECLARAÇÃO DE 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 e XVII e do §10 do art. 37 da Constituição Federal Brasileira de 1988 com redação determinada pelas Emendas Constitucionais nº 19 e 20 de 1998, que:

() **NÃO 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.

() **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. Dados do vínculo:

Instituição: _____

Cargo/emprego/função de: _____

Carga Horária: _____

Horário de Trabalho: _____

() **NÃO RECEBO** aposentadoria que pode vir a ser inacumulável com o cargo/emprego que serei contratado.

() **RECEBO** aposentadoria que pode vir a ser inacumulável com o cargo/emprego que serei contratado.

Local e data: _____, _____/_____/_____

Assinatura: _____

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;

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;

§ 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.



DECLARAÇÃO DE BENS E VALORES

Conforme lei Federal nº8429/02

ANO BASE: _____

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 () DECLARAÇÃO DE DESLIGAMENTO () DECLARAÇÃO DE ATUALIZAÇÃO ANUAL

BENS DECLARADOS

TIPO	DISCRIMINAR	VALOR DO BEM (R\$)
(CARRO, CASA, TERRENO, VALORES, ETC)	(MARCA, MODELO, ANO, ENDEREÇO, BAIRRO, CIDADE, ETC)	(VALOR DE AQUISIÇÃO)

Local e Data: _____, ____/____/____.

Assinatura do Declarante



COMPROVANTE DE ENTREGA DA DECLARAÇÃO DE BENS E RENDAS CONFORME ORDEM DE SERVIÇO nº 004/2019

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

ANO BASE: _____ **ANO DE ENTREGA DA DECLARAÇÃO:** _____

Carimbo e assinatura 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 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	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 EM EMPRESA OU PESSOA JURÍDICA

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



REQUERIMENTO DE VALE TRANSPORTE

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO E CONTATO

NOME COMPLETO:

ENDEREÇO:

NÚMERO:

COMPLEMENTO:

BAIRRO:

CEP:

CIDADE:

UF:

CARGO:

MATRÍCULA:

FARÁ USO DE TRANSPORTE PÚBLICO?

() NÃO () 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:

- manter meus registros funcionais atualizados e informar à pessoa responsável sobre qualquer modificação de endereço e,
- 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: _____