



DOCUMENTOS NECESSÁRIOS PARA REALIZAR A ADMISSÃO

Importante: Todos os documentos do candidato devem estar atualizados conforme sua situação civil e encaminhados no prazo estipulado. Informar neste e-mail o tamanho do uniforme (P – M – G - GG) e o número do calçado.

- Ficha cadastral (ver abaixo);
- 1 foto 3x4 - foto para crachá (poderá ser tirada pelo celular, porém nos padrões de uma foto para crachá, fundo branco e de frente);
- Cartão do SUS (frente e verso):
<https://portaldocidadao.saude.gov.br/portalcidadao/areaCadastro.htm>
- Caderneta de vacinação do candidato (ver abaixo);
- Baixar o aplicativo da carteira de trabalho digital no celular - enviar print da tela com seus dados;
- RG (frente e verso), com validade de até 10 anos, não enviar a CNH em substituição (caso tenha mais de 10 anos da emissão, fazer agendamento para atualizar e enviar juntamente com o RG vencido);
- CPF;
- Print da tela da situação cadastral regular no CPF disponível em:
https://servicos.receita.fazenda.gov.br/servicos/cpf/consultasituacao/consulta_publica.asp
- CPF dos dependentes (é obrigatório enviar documento que conste o CPF do filho(a) dependente de IR);
- CNH (obrigatória apenas para cargo de motorista);
- Comprovante de residência com CEP, emitido há menos de 3 meses;
- Print da tela da consulta do CEP disponível em:
<https://buscacepinter.correios.com.br/app/endereco/index.php?t>
- Certidão de nascimento ou casamento, caso haja averbação do casamento deve ser entregue cópia (se for casado(a) enviar o CPF do cônjuge);
- CPF do cônjuge e de todos os filhos relacionados na ficha cadastral;
- Certidão de nascimento ou RG (frente e verso) para filhos menores de 21 anos;
- Título de eleitor;
- Certidão de quitação eleitoral disponível em: <http://www.tre-sp.jus.br/eleitor/certidoes/certidao-de-quitacao-eleitoral> **ou** comprovante(s) de comparecimento na última eleição;
- Número do PIS: print de um dos dois app “Caixa Tem” ou “FGTS” **ou** Certidão de PIS Ativo - obtida na Caixa Econômica - Não serão aceitos outros documentos com o número do PIS, somente uma das opções acima;



- Comprovante de Grau de Instrução de acordo com os requisitos do cargo: Diploma, Certificado **e/ou** declaração de conclusão de curso do nível de formação escolar, fundamental, médio, médio técnico ou superior;
- Para médicos especialistas é necessário apresentar o Registro de Qualificação de Especialista (RQE) **ou** o comprovante de conclusão da residência médica reconhecida pelo MEC **ou** o Título de Especialista conferido pela Sociedade de Especialidade Médica;
- Para médicos, apresentar a Certidão Ética Profissional emitida pela CREMESP;
- Registro no Conselho de Classe (ex: COREN, CRM, CRP, CRO, CREFITO, CRESS...) e carteira do Conselho dentro do prazo de validade, se couber. Caso esteja vencida, enviar com o protocolo de agendamento da renovação;
- Inscrição ativa junto ao Conselho Profissional Regional do Estado de São Paulo e uma certidão negativa de débitos do ano vigente **ou** enviar o boleto e comprovante de pagamento da anuidade do ano vigente;
- Certificado de reservista, para homens até 45 anos de idade;
- Caderneta de vacinação para filhos menores de 6 anos (frente e verso);
- Certidão de antecedentes criminais, conforme Lei N^o 14.811 de 12 de janeiro de 2024 (exceção de atividades administrativas e operacionais);
- Currículo completo e atualizado com cópia de todos os diplomas/certificados dos cursos realizados e informados no currículo.



DOCUMENTOS NECESSÁRIOS PARA REALIZAR A MUDANÇA DE FUNÇÃO

É imprescindível a entrega de todos os documentos, a falta de qualquer um deles implicará no cancelamento da mudança de função.

- Foto 3x4;
- Documentos atualizados (CPF, RG, PIS, título de eleitor, certidão de casamento e CPF dos filhos);
- Cartão do SUS (frente e verso);
- Exame Médico Admissional será agendado pela ASF e realizado na Líder Saúde Ocupacional;
- Caderneta de vacinação do candidato (ver abaixo);
- Comprovante de residência CEP (caso houve mudança de residência não informada);
- Grau de instrução (histórico, certificado ou diploma) – caso a função a ser exercida seja de nível técnico ou superior;
- Registro no Conselho Regional do Estado de São Paulo (COREN, CRM, CRP, CREFIRO, CRESS, etc);
- Inscrição ativa e certidão negativa do Conselho Profissional Regional do Estado de São Paulo;
- Currículo atualizado (com cópia de todos os diplomas/certificados dos cursos realizados e informados no currículo).



ORIENTAÇÕES REFERENTES À CADERNETA DE VACINAÇÃO

Em atendimento a **Norma Regulamentadora (NR 32)** do Ministério do Trabalho, **todo profissional de saúde** deverá apresentar sua caderneta de vacinação devidamente atualizada e deverá enviar por e-mail no momento da admissão **duas cópias legíveis (frente e verso) da caderneta de vacinação** com as seguintes aplicações:

- **Dupla Adulto** (difteria e tétano) - três doses e reforço a cada dez anos;
- **Hepatite B** - três doses;
- **Tríplice Viral** (sarampo/caxumba/rubéola) - profissionais de saúde recomenda-se duas doses;
- **Covid 19** - três doses iniciais e reforço anual para os profissionais de saúde.

Proteja-se! Mantenha sua vacinação em dia

A imunização é uma medida de prevenção recomendada com excelentes repercussões, tendo como objetivo principal manter o trabalhador protegido e saudável, menos suscetível a doenças evitáveis por meio da vacinação.

Atenção!

- Guarde sua caderneta de vacinação em local seguro;
- Mantenha junto com sua caderneta os comprovantes entregues pelos postos de vacinação;
- Todas as unidades básicas de saúde atualizam e/ou emitem a segunda via da caderneta de vacinação.

Próximo a ASF estão localizadas as unidades:

- **UBS Sé:** Rua Frederico Alvarenga, nº 259 - CEP: 01020-030 (atendimento de 2ª a 6ª feira, das 07h às 19h) - tel.: (11) 3101-2344 (levar rg).
- **Centro de Saúde Escola Geraldo de Paula Souza:** Avenida Dr. Arnaldo, nº 925 - CEP: 01246-000 (atendimento de 2ª a 6ª feira, das 07h às 19h) - tel: (11) 3061-7721 (levar rg).



FICHA CADASTRAL

Nome: _____

Função que está sendo admitido(a): _____

Sexo: F () M () Sua cor ou raça é: Branca() Negra() Amarela() Parda() Indígena()

Escolaridade: _____

Telefone Res: _____ Celular: _____

Outros: _____

E-mail: _____

Estado Civil: Solteiro () Casado () Divorciado () Separado () Viúvo () Outros ()

Cônjuge (esposo/esposa) Nome: _____

Depend. Imposto de Renda () D.Nasc: ___/___/___ CPF _____

Filiação-Pai: _____

Filiação-Mãe: _____

Os pais são dependentes de Imposto de Renda? SIM () NÃO ()

Filho Nome: _____

Depend. Imposto de Renda () D.Nasc: ___/___/___ CPF _____

Filho Nome: _____

Depend. Imposto de Renda () D.Nasc: ___/___/___ CPF _____

Filho Nome: _____

Depend. Imposto de Renda () D.Nasc: ___/___/___ CPF _____

Está recebendo Seguro Desemprego? Sim () Não ()

Opta pelo Vale Transporte: Sim () Não ()

Opta pelo Convênio Odontológico: Sim () Não ()

Declaro serem verdadeiras as informações aqui prestadas, sobre as quais assumo todas as responsabilidades, sob pena de incorrer nas sanções previstas no art. 299 do Código Penal. Decreto Lei 2848/40

São Paulo, _____ de _____ de 20_____.

Assinatura