



MANUAL DE ORIENTAÇÕES PARA O(A) CONVOCADO(A)

Fortaleza, Ceará
2024

Prezado(a) convocado(a),

Este guia contém instruções para entrega das documentações obrigatórias para admissão na FUNDAÇÃO DE APOIO À GESTÃO INTEGRADA EM SAÚDE DE FORTALEZA (FAGIFOR).

Para começar, imprima o CHECKLIST DE DOCUMENTAÇÃO constante no link <https://fagifor.fortaleza.ce.gov.br/images/concurso/termosedeclaracoes.pdf>. Este documento será utilizado pela equipe da FAGIFOR para realização da conferência da documentação no ato da entrega. Siga as orientações de preenchimento. Todos os formulários, termos e declarações já devem estar preenchidos no ato de entrega.

DOCUMENTOS DO(A) CONVOCADO(A)

1. CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS (CPF) – original e cópia.

A FAGIFOR considerará os seguintes documentos:

- O próprio cartão de CPF, emitido pela Receita Federal do Brasil;
- A numeração contida em documentos oficiais como Registro Geral (RG) ou Carteira Nacional de Habilitação (CNH).

Alguns modelos:



2. REGISTRO GERAL (RG) OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CNH) OU CARTEIRA DO REGISTRO DO CONSELHO DE CLASSE – original e cópia.

A cópia deverá conter a frente e o verso do documento e ser legível.

Modelos aceitos:



3. TÍTULO DE ELEITOR – original e cópia.

A cópia deverá conter a frente e o verso do documento, constando o número de inscrição, zona, seção, município e data de emissão, e ser legível.

Também pode ser impresso o Título de Eleitor Digital, contendo as mesmas informações. Neste caso, o convocado deverá apresentar o aplicativo e-Título como original para

5. CERTIDÃO DE ALISTAMENTO MILITAR (SE DO SEXO MASCULINO) – **original e cópia.**

A cópia deverá conter a frente e o verso do documento e ser legível. Caso não tenha o Certificado de Dispensa/Reservista, o convocado pode solicitar através do site <https://alistamento.eb.mil.br/lista-servicos>, e seguir as orientações lá contidas.

Modelos aceitos:



QR Code

Válido até
00/00/0000

MINISTÉRIO DA DEFESA

Tipo de Documento
Certificado de Alistamento Militar

RA 00.000.000000.0 **CPF** 000.000.000.00

Nome
NOME DO CIDADÃO

Filiação
NOME DA MAE DO CIDADÃO
NOME DO PAI DO CIDADÃO

Local e Data de Nascimento
CIDADE NATAL - ESTADO
00/00/0000

Situação
Consulte sua situação no site: <http://www.alistamento.eb.mil.br>

Informações
Válido com a apresentação do documento de identidade.

Expedido(a) em: 00/00/0000

CÓDIGO DE AUTENTICAÇÃO DO EXÉRCITO



MINISTÉRIO DA DEFESA
CERTIFICADO DE DISPENSA
DE INCORPORAÇÃO
C S M

RA
25

DATA DE EXPEDIÇÃO: 11/08/2003

DISPENSA DO SERVIÇO MILITAR INICIADA EM: 31/07/2003
por ter sido verificado no acesso à informação cadastrada
em nome de: CESAR RODRIGUES CORREIA-2 TEN
DEL ROADO 71 DEL SMZS CSM

6. CERTIDÃO DE CASAMENTO OU UNIÃO ESTÁVEL – **original e cópia.**

A cópia da certidão de casamento ou união estável registrada em cartório deverá ser legível.

Exemplo de modelo aceito:



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS

CERTIDÃO DE CASAMENTO

NOMES _____ CPF _____

MATRICULA
999999.99.99.9999.9.99999.999.9999999-99

Nomes completos de solteiro, datas de nascimento, naturalidade, nacionalidade, e filiação dos cônjuges.

DATA DE REGISTRO DE CASAMENTO (POR EXTENSO) _____ DIA _____ MES _____ ANO _____

REGIME DE BENS DO CASAMENTO _____

NOME QUE CADA UM DOS CÔNJUGES PASSOU A UTILIZAR (QUANDO HOUVER ALTERAÇÃO)

OBSERVAÇÕES / AVERBAÇÕES

ANOTAÇÕES DE CADASTRO DO PRIMEIRO CÔNJUGE

ANOTAÇÕES DE CADASTRO DO SEGUNDO CÔNJUGE
Sem informações.

*As anotações de cadastro acima não dispensam a parte interessada da apresentação do documento original, quando exigido pelo órgão solicitante ou quando necessário para identificação de seu portador.

12301-8 - AA 000283021

7. CERTIDÃO DE ANTECEDENTES CRIMINAIS DO ESTADO DE DOMICÍLIO

Atenção à vigência deste documento que tem validade de 30 (trinta) dias. A certidão não poderá estar vencida no dia da entrega dos documentos.

8. CERTIDÃO DE ANTECEDENTES CRIMINAIS DO ESTADO DO CEARÁ

Atenção à vigência deste documento, pois não poderá estar vencido no dia da entrega da documentação.

- Disponível em: <https://sistemas.sspds.ce.gov.br/AtestadoAntecedentes/>
- Preencher todos os campos e clicar em “pesquisar”
- Caso apareça alguma mensagem de erro que impossibilite a emissão desta certidão, será necessário entrar em contato com a Secretaria da Segurança Pública e Defesa Social do Estado do Ceará (SSPDS-CE) para solicitar a regularização e emissão da mesma.

Declaração aceita:



A Coordenadoria de Identificação Humana e Perfis Biométricos, após pesquisa no Sistema de Informações Policiais - SIP, que até a presente data, 11/08/2023 às 15:23, que
, CPF
, nascido(a) em
, filho(a) de
- CE, RG Nº

NÃO REGISTRA ANTECEDENTES CRIMINAIS

Observações:
1) Atestado expedido gratuitamente por meio da Internet em conformidade com a Portaria Nº1566/2009 de 28 de outubro de 2009.
2) Este Atestado foi expedido com base nos dados informados, os quais devem ser confirmados pelo interessado ou destinatário, com os documentos de identificação;
3) A autenticidade deste atestado poderá ser confirmada na página da Secretaria da Segurança Pública do Ceará, no endereço (<http://www.sspds.ce.gov.br>)
4) Este atestado é válido por 90 dias.

9. CERTIDÃO DE ANTECEDENTES CRIMINAIS DA JUSTIÇA FEDERAL

- Atenção à vigência deste documento, pois não poderá estar vencido no dia da entrega da documentação.
- Disponível em: <https://certidoes.trf5.jus.br/certidoes2022/paginas/certidaocriminal.faces>

- Preencher todos os campos e clicar em “pesquisar”

- Após preencher todos os campos, clicar em “sim” caso não encontre processos.

Declaração aceita:



PODER JUDICIÁRIO
JUSTIÇA FEDERAL
SEÇÃO JUDICIÁRIA DO CEARÁ

CERTIDÃO JUDICIAL CRIMINAL NEGATIVA

N. 2023

CERTIFICAMOS, na forma da lei, que, consultando os sistemas processuais abaixo indicados, **NÃO CONSTAM**, até a presente data e hora, **PROCESSOS** de classes **CRIMINAIS** contra:

(Data de Nascimento:)

OU
CPF/CNPJ N°

Certidão emitida em: 01/08/2023 às 17:30:44 (data e hora de Brasília)

Observações:

a) A autenticidade desta certidão poderá ser verificada, no prazo de 90 (noventa) dias, por qualquer interessado no site da JUSTIÇA FEDERAL NO CEARÁ, endereço www.jfce.jus.br por meio do código de validação abaixo;

b) A pesquisa realizada com base no CPF/CNPJ informado abrange processos em que o titular ou seu eventual espólio figure como parte;

c) Nos casos do § 1º do art. 4º da Resolução nº 680/2020 (CPF não informado), o nome indicado para consulta será de responsabilidade do solicitante da certidão, devendo a titularidade ser conferida pelo interessado e destinatário;

d) Certidão expedida gratuitamente e nos termos da Resolução CNJ nº 121/2010 e da Resolução CJF nº 680/2020;

e) Os processos de Juizados Criminais estão abrangidos por esta Certidão;

f) Certidão emitida em consulta às seguintes bases de dados (data e hora de Brasília):

SEÇÃO JUDICIÁRIA DO CEARÁ (Sistemas de Processos Judiciais Eletrônicos: PJe e SEEU; Sistemas de Processos Judiciais Físicos: Tebas) até: 31/07/2023 às 05:16:21.

CÓDIGO DE VALIDAÇÃO:

10. COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA ATUALIZADO COM CEP – original e cópia.

A FAGIFOR considerará os seguintes documentos comprobatórios:

- Comprovante de Residência que conste o nome e endereço completo do(a) convocado(a) (com CEP), dos 3 (três) últimos meses que antecedem a publicação do edital de convocação.
- Comprovante de residência dos 3 (três) últimos meses que antecedem a publicação do edital de convocação em nome do(a) cônjuge, anexado à certidão de casamento.
- Comprovante de residência dos 3 (três) últimos meses que antecedem a publicação do edital de convocação em nome dos pais, anexado à certidão de nascimento ou documento de identidade que comprove a filiação.

- Declaração de residência assinada pelo proprietário do imóvel e registrada em cartório, declarando que o(a) convocado(a) reside no referido endereço no mês de vigência da entrega de documentos.
- Caso o(a) convocado(a) não possua nenhum dos documentos indicados acima, deverá preencher a Declaração de Residência conforme modelo disponível no link: <https://fagifor.fortaleza.ce.gov.br/images/concurso/termoseddeclaracoes.pdf>

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, _____,
portador(a) do RG n° _____ e CPF n° _____,
declaro para fins de comprovação de residência, sob as
penas da Lei (art. 2º da Lei 7.115/83), que sou residente e domiciliado(a) no endereço:

(colocar endereço completo com CEP).

Por ser a expressão da verdade, assumindo inteira responsabilidade pela declaração acima sob as
penas da lei, assino para que produza seus efeitos legais.

Fortaleza/CE _____ de _____ de _____.

Assinatura do(a) convocado(a).

11. CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO - Obrigatório para Condutores Socorristas – original e cópia.

A cópia deverá conter a frente e o verso do documento e ser legível.

Modelo aceito:



12. FOTO 3X4 RECENTE PARA CRACHÁ

Foto 3x4 com fundo branco

Modelos aceitos:



13. INFORMAÇÕES BANCÁRIAS – AGÊNCIA E CONTA – BANCO BRADESCO

A FAGIFOR considerará EXCLUSIVAMENTE conta do Banco BRADESCO S.A (237). Outros bancos, ainda que vinculados ao Bradesco, NÃO SERÃO ACEITOS (exemplo: Banco Bradescard S.A, Banco Bradesco BBI S.A, Banco Bradesco Cartões S.A, Banco Bradesco Financiamentos S.A, Next, Digio e Bitz).

A cópia deverá conter a frente e o verso do documento e ser legível, constando os dados da conta com as seguintes informações:

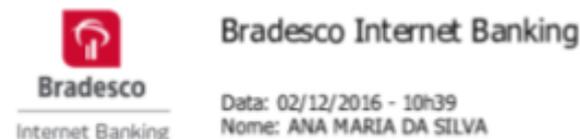


- Precisa conter o número da **Agência** e da **Conta**
- Se possível, borrar os números do cartão e caso contenha o CVC, borrar também.

02/12/2016

Banco Bradesco S/A

EXEMPLO 02



Extrato de: Ag: 3084 | Conta: 126120-7 | Entre 01/09/2016 e 01/12/2016

- Caso o(a) convocado(a) não possua uma Conta-Corrente no Banco Bradesco S.A, deverá comparecer a uma agência física, a sua escolha, ou solicitar a abertura da conta no aplicativo do próprio banco, conforme orientações abaixo:
1. Baixe o app do Bradesco (Android | iOS). Ao abri-lo, toque em "Não tem conta? Abra agora" e dê as permissões necessárias;
 2. Informe seu CPF, preencha seu nome, celular, e-mail, crie uma senha de quatro dígitos para acessar o app e clique em "Continuar";
 3. Selecione o tipo de conta que você quer contratar ("Conta-corrente" ou "Conta-salário"), caso seja **Conta Salário informe número do Convênio: 230202633 e CNPJ: 49.286.753/0001-02, da Fundação de Apoio à Gestão Integrada em Saúde de Fortaleza**, informe e toque em "Continuar" nas abas seguintes;

4. Em seguida, preencha sua data de nascimento, nacionalidade, estado e cidade, estado civil, profissão, renda mensal e insira informações adicionais, como CEP, endereço, entre outros;
5. Inclua serviços adicionais, como cheque especial e crédito pessoal, mas, caso não queira, toque em “Agora não”;
6. Tire uma foto da frente e do verso de seu RG ou CNH e informe os dados do documento;
7. Grave um vídeo de selfie falando em voz alta a mensagem exibida na tela;
8. Busque uma agência mais próxima da sua casa para ter sua conta vinculada, selecione o pacote de serviços desejado (lembrando que o de serviços essenciais é gratuito, e os demais, pagos);
9. Contrate serviços adicionais, como cartão de crédito, por exemplo, e faça os ajustes do cartão de débito caso desejar;
10. Por fim, confira todos os itens que você escolheu, veja se está tudo certo, concorde com os termos e clique em “OK”, “entendi” para abrir conta online no Bradesco.
11. A resposta positiva ou negativa virá no e-mail cadastrado, e o prazo para análise dos dados é de até quatro dias úteis.

OBS: A escolha do meio ao qual a conta será aberta (se em agência física ou por aplicativo do Bradesco) é de inteira escolha e responsabilidade do(a) convocado(a) que deve atentar-se para a restrição de contas abertas em bancos digitais.

NÃO enviar dados sigilosos, tais como: Saldo da Conta, Movimentações Diárias do Extrato ou Código de Verificação do Cartão - CVC.

14. CONSULTA DE QUALIFICAÇÃO CADASTRAL ESOCIAL (*Print screen* - tecla *Prt Sc*)

Acessar o link abaixo e seguir passo a passo:

<http://consultacadastral.inss.gov.br/Esocial/pages/index.xhtml?jsessionid=dChsgSpXc8Rj6rPKxvQRrZ88JZQxZ1zcHn5F5qcyGQ3YgW25LQ1z!953891120>

Passo a passo:



Resultado
Os campos precedidos com asterisco(*) são de preenchimento obrigatório.

Resultado da Consulta

[Nova Consulta](#) [Sair](#)



CLIQUE EM NOVA CONSULTA

Desenvolvido pela Dataprev



Salvar para a inicial [1] Salvar para a Menu [2]
Salvar para a conexão [3]



Consulta Qualificação cadastral
Os campos precedidos com asterisco(*) são de preenchimento obrigatório.

Consultar qualificação de dados cadastrais

* Nome:

* Data de Nascimento:

* CPF:

* NIS (NIT/FIS/PASEP):

[Adicionar](#)

PREENCHA OS COM SEUS DADOS CORRETAMENTE E CLIQUE EM ADICIONAR.

Desenvolvido pela Dataprev



Salvar para a inicial [1] Salvar para a Menu [2]
Salvar para a conexão [3]



Consulta Qualificação cadastral
Os campos precedidos com asterisco(*) são de preenchimento obrigatório.

Consultar qualificação de dados cadastrais

* Nome:

* Data de Nascimento:

* CPF:

* NIS (NIT/FIS/PASEP):

[Adicionar](#)

Nome	Data de Nascimento	CPF	NIS
...

[Consultar](#)

**EM SEGUIDA APARECERÁ SEUS DADOS,
CONFIRA E CLIQUE EM CONSULTAR.**

Resultado
Os campos precedidos com asterisco(*) são de preenchimento obrigatório.

Resultado da Consulta

Nome informado	Data Nascimento informada	CPF informado	NIS (NIT/PI/PASEP) informado	Mensagem	Orientação
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX	Os dados estão corretos.	

[Nova Consulta](#) [Sair](#)

**VERIFIQUE SE NESTA ABA APARECERÁ A MENSAGEM:
"OS DADOS ESTÃO CORRETOS."
NO CASO DO NOME OU DADOS INFORMADO
INCORRETAMENTE, SERÁ NECESSÁRIO REFAZER O
PROCESSO.**



**SE O ERRO PERSISTIR ENTRE EM CONTATO COM
ALGUMA DAS AGENCIAS INDICADAS NESSE CAMPO.**

desenvolvido pela Dataprev



[Saltar para o início \[1\]](#) [Saltar para o Menu \[2\]](#)
[Saltar para o conteúdo \[3\]](#)

Resultado
Os campos precedidos com asterisco(*) são de preenchimento obrigatório.

Resultado da Consulta

Nome informado	Data Nascimento informada	CPF informado	NIS (NIT/PI/PASEP) informado	Mensagem	Orientação
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX	Os dados estão corretos.	

[Nova Consulta](#) [Sair](#)

ESSA É A TELA CORRETA PARA IMPRESSÃO.

desenvolvido pela Dataprev



[Saltar para o início \[1\]](#) [Saltar para o Menu \[2\]](#)
[Saltar para o conteúdo \[3\]](#)

DOCUMENTOS DO(S) DEPENDENTE(S)

15. CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU RG DO(S) DEPENDENTE(S) – original e cópia.

São considerados dependentes: cônjuge e filhos de até 18 anos.

Serão considerados como documento do(s) dependente(s) a Certidão de Nascimento ou RG, e o CPF, para filho(s) menor(es). Já no caso do(a) cônjuge, também será aceita a CNH. A cópia deverá conter a frente e o verso do documento e ser legível.

Modelos aceitos:



16. CPF DO(S) DEPENDENTE(S) – original e cópia.

A cópia deverá conter a frente e o verso do documento e ser legível. A FAGIFOR considerará os seguintes documentos:

- Cartão de CPF, emitido pela Receita Federal do Brasil;
- A numeração contida em documentos oficiais como RG ou CNH;
- Caso a certidão de nascimento ou RG do(s) dependente(s) já conste o CPF, torna-se desnecessário este documento.

Exemplo de modelo aceito:



17. CARTEIRA DE VACINAÇÃO – OBRIGATÓRIO PARA MENOR(ES) DE 6 (SEIS) ANOS – original e cópia.

A cópia deverá conter a frente e o verso do documento e ser legível. Deve constar a identificação da(s) criança(s) e as comprovações das aplicações das vacinas. Havendo mais de um dependente nesta condição, deverá ser entregue o documento de cada criança.

18. DECLARAÇÃO DE ESCOLARIDADE DO(S) DEPENDENTE(S) ENTRE 7 (SETE) E 14 (QUATORZE) ANOS – original e cópia.

A declaração é emitida pela instituição de ensino em que a(s) criança(s) está(ão) matriculada(s), devendo constar a matrícula do(s) dependente(s) de 7 (sete) a 14 (quatorze) anos no semestre em vigência. Havendo mais de um dependente nesta condição, deverá ser entregue o documento de cada criança/adolescente. A cópia deverá ser legível.

TERMOS E DECLARAÇÕES

Todos os arquivos estão disponíveis no link:
<https://fagifor.fortaleza.ce.gov.br/images/concurso/termosedecaracoes.pdf>

Caso o candidato opte por preencher os formulários e as declarações digitalmente, após o preenchimento, os documentos deverão ser impressos e assinados manualmente.

19. CADASTRO FUNCIONAL

Imprimir, preencher todos os campos do formulário (que contém duas páginas) com letra legível e assinar o documento após preenchido.

CADASTRO FUNCIONAL

DADOS PESSOAIS		
Nome completo do profissional:		
Data de Nascimento:	Nacionalidade:	Naturalidade:
Grau de instrução: <input type="checkbox"/> Ensino Médio <input type="checkbox"/> Ensino Técnico <input type="checkbox"/> Superior Completo <input type="checkbox"/> Superior Incompleto <input type="checkbox"/> Pós Graduação <input type="checkbox"/> Mestrado <input type="checkbox"/> Doutorado	Estado civil: E Pessoa com Deficiência: <input type="checkbox"/> Sim () Não Cor/raça: (Branca / Preta / Parda / Amarela / Indígena)	
Nome completo do Pai:		
Nome completo da mãe:		
Possui dependentes para fins de descontos de IRRF? () Sim () Não		Possui outro vínculo empregatício? Sim () Não ()
DADOS DE CONTATO		
Endereço:		
Bairro:	CEP:	
Cidade:	Telefone(s):	
E-mail:		

20. TERMO DE CONSENTIMENTO PARA O TRATAMENTO DE DADOS PESSOAIS - LGPD

Imprimir, preencher todos os campos do termo com letra legível e assinar o documento após preenchido. Importante ler atentamente todo o documento. Ao assiná-lo, o consentimento é dado nos seus exatos termos.



TERMO DE CONSENTIMENTO PARA O TRATAMENTO DE DADOS PESSOAIS

TITULAR (EMPREGADO): _____
Nacionalidade: _____ Estado Civil: _____
Profissão: _____ Inscrito no CPF sob o nº _____ Portador do RG nº _____
ou Registro Profissional nº _____ Residente e Domiciliado
Endereço Completo: _____

CONTROLADORA:
Fundação de Apoio à Gestão Integrada em Saúde de Fortaleza (Fagifor), fundação pública de direito privado, inscrita no CNPJ sob nº 49.286.753/0001-02, com sede na Avenida Dom Luís, nº 807, 8º Andar, Meireles, Fortaleza/CE, CEP 60.160-230.

Por meio deste instrumento, o TITULAR concorda, de maneira livre, informada e inequívoca, com o tratamento de seus dados pessoais para as finalidades delimitadas a seguir:

CLÁUSULA PRIMEIRA – DOS DADOS PESSOAIS

1.1. O TITULAR concorda com o tratamento dos seguintes dados pessoais:

1.1.1. Currículo Vitae ou Currículo Lattes;	1.1.23. Número e cópia do Registro Geral (RG) ou Certidão de Nascimento dos dependentes;
1.1.2. Nome completo;	1.1.24. Número e cópia do Cadastro de Pessoas Físicas (CPF) dos dependentes;
1.1.3. Data de nascimento;	1.1.25. Cópia da Carteira de Vacinação dos dependentes menores de 6 (seis) anos; e
1.1.4. Número e cópia do Registro Geral (RG), do Registro Profissional ou da Carteira Nacional de Habilitação (CNH), quando necessário para a função contratada;	1.1.26. Cópia do Comprovante de Matrícula e da Frequência Escolar Semestral para dependentes entre 7 (sete) e 14 (quatorze) anos.
1.1.5. Número e cópia do Cadastro de Pessoas Físicas (CPF);	
1.1.6. Número e cópia do Título de Eleitor;	

21. TERMO DE SIGILO E CONFIDENCIALIDADE

Imprimir, preencher todos os campos do termo com letra legível e assinar o documento após preenchido. Importante ler atentamente todo o documento.



TERMO DE SIGILO E CONFIDENCIALIDADE

Eu, _____
Natural de _____ Nacionalidade _____
Estado Civil _____ Profissão _____
inscrito(a) no CPF sob o nº _____ Portador(a) do Registro Geral (ou Profissional) nº _____ Residente e Domiciliado(a) na _____
_____, assumo o compromisso de manter o mais absoluto sigilo com relação a toda e qualquer informação a que tiver acesso em virtude das atividades desenvolvidas na Fundação de Apoio à Gestão Integrada em Saúde de Fortaleza (FAGIFOR) - Sede ou quaisquer unidades de saúde a ela vinculada.

Para tanto, declaro e se comprometo:

- a) a manter sigilo, tanto escrito como verbal, ou, por qualquer outra forma, de todos os dados, informações científicas e técnicas e, sobre todos os materiais obtidos em virtude das atividades desenvolvidas;
- b) a não revelar, reproduzir, utilizar ou dar conhecimento, em hipótese alguma, a terceiros, de dados, informações científicas ou materiais obtidos em virtude das atividades desenvolvidas, sem a prévia análise da FAGIFOR sobre a possibilidade de proteção, nos órgãos especializados, dos resultados ou tecnologia envolvendo aquela informação;
- c) a não tomar, sem autorização da FAGIFOR, qualquer medida com vistas a obter para si ou para terceiros, benefícios relativos às informações sigilosas a que tenham acesso.

22. DECLARAÇÃO DE OPÇÃO DE VALE TRANSPORTE

Imprimir, preencher todos os campos do termo com letra legível e assinar o documento após preenchido. Importante ler atentamente todo o documento.

Atenção: Mesmo que o(a) convocado(a) não faça a adesão ao vale transporte, o termo deverá ser preenchido e assinado, assinalando o campo “(X) Não receber vales-transportes”.

DECLARAÇÃO DE OPÇÃO DE VALE-TRANSPORTE

Eu, _____
Natural de _____, Nacionalidade _____
Estado Civil _____, Profissão _____,
inscrito(a) no CPF sob o nº _____, Portador(a) do Registro Geral (ou
Profissional) nº _____, Residente e Domiciliado(a) na

_____, opto por:

- () Não receber vales-transportes;
() Receber vales-transportes, comprometendo-me a:

– utilizá-los exclusivamente para o meu deslocamento residência-trabalho e vice-versa.
– renovar o endereço residencial acima declarado, anualmente, ou sempre que houver alterações do meu endereço residencial, ou dos meios de transporte mais adequados ao meu deslocamento residência-trabalho e vice-versa.

Declaro estar igualmente ciente de que até 6% do meu salário básico ou vencimento poderá ser utilizado para custear os vales-transportes, e que a afirmação falsa ou o uso indevido do Vale-Transporte constituem falta grave.

Declaro, para todos os fins, inclusive para fazer jus à opção de recebimento de Vale-Transporte, residir no endereço declarado neste documento, sendo de minha inteira responsabilidade a impropriedade das informações declaradas.

23. DECLARAÇÃO DE CARGOS E PROVENTOS

Imprimir, preencher todos os campos da declaração com letra legível e assinar o documento após preenchido. Importante ler atentamente todo o documento.

DECLARAÇÃO DE CARGOS E PROVENTOS

Eu, _____, aprovado(a) para o emprego público de _____, declaro, junto à FUNDAÇÃO DE APOIO À GESTÃO INTEGRADA EM SAÚDE DE FORTALEZA – FAGIFOR que () acumulo () não acumulo cargos, empregos ou funções públicas, incluídas as autarquias, empresas públicas, sociedades de economia mista da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios e fundações mantidas pelo Poder Público.

Declaro também que () percebo () não percebo proventos de aposentadoria decorrentes de cargos, empregos ou funções públicas, incluídas as autarquias, empresas públicas, sociedades de economia mista da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios e fundações mantidas pelo Poder Público.

Em caso de resposta positiva, relacionar os documentos acostados a esta declaração:

TIPO DE DOCUMENTO	CARGO/ EMPREGO/ FUNÇÃO/ PROVENTOS	CARGA HORÁRIA SEMANAL E OUTROS DETALHAMENTOS

Declaro, ainda, sob as penas previstas na legislação, que as informações prestadas nesta declaração são verdadeiras, estando ciente das penalidades do art. 299, do Código Penal, e de que, quando acumular outro cargo, emprego ou função pública, terei que firmar uma nova DECLARAÇÃO DE CARGOS E PROVENTOS.

Fortaleza, ____ de _____ de _____.

Assinatura do(a) convocado(a).

24. DECLARAÇÃO DE INIDONEIDADE

Imprimir, preencher todos os campos da declaração de não estar cumprindo sanção por inidoneidade, para os efeitos legais, com letra legível e assinar o documento após preenchido.

DECLARAÇÃO DE NÃO ESTAR CUMPRINDO SANCÃO POR INIDONEIDADE

Eu, _____,

CPF _____, DECLARO, para todos os efeitos legais, não estar cumprindo sanção por inidoneidade, aplicada por qualquer órgão público ou entidade da esfera federal, estadual ou municipal.

Declaro, ainda, estar ciente que declarar falsamente é crime previsto na Lei Penal (Art. 299) e por ele responderei judicialmente, independentemente das sanções administrativas, caso se comprove a inveracidade do declarado nesse documento.

Fortaleza-Ce, ____ de _____ de _____

Assinatura do(a) convocado(a).

25. DECLARAÇÃO DE DEPENDENTE(S) PARA IMPOSTO DE RENDA

Imprimir, preencher todos os campos da declaração com letra legível e assinar o documento após preenchido.

Atenção: Mesmo que não haja dependente(s) para declarar em imposto de renda ou mesmo que o(a) convocado(a) não declare o imposto, a declaração deve ser preenchida inativando o campo de descrição do(s) dependente(s).

DECLARAÇÃO DE DEPENDENTES PARA FINS DE IMPOSTO DE RENDA

NOME: _____

CPF: _____

Relação de Dependentes, de acordo com o art. 35, da Lei nº 9.250, de 26/12/95 (verso).

Seq.	Nome	CPF	Nascimento	Parentesco

Declaro, sob responsabilidade civil, penal e tributária, que todas as pessoas relacionadas acima são meus dependentes para fins de Imposto de Renda, na forma da Lei, não cabendo à fonte pagadora qualquer responsabilidade sobre as informações por mim prestadas. Declaro ainda que me comprometo a comunicar, imediatamente, à FAGIFOR, qualquer alteração que venha a ocorrer na relação acima.

Observação: sendo vedada a dedução concomitante do montante referente a um mesmo dependente, na determinação da base de cálculo do imposto, por mais de um contribuinte, em caso de dependente filho, ambos os cônjuges deverão assinar a presente Declaração.

Fortaleza/CE, ____ de _____ de _____.

Assinatura do(a) convocado(a).

DECLARAÇÃO DE DEPENDENTES PARA FINS DE IMPOSTO DE RENDA LEI Nº 9.250, DE 26 DE DEZEMBRO DE 1995. (Dependentes para fins de Imposto de Renda)

Art. 35. Para efeito do disposto nos arts. 4º, inciso III, e 8º, inciso II, alínea c, poderão ser considerados como dependentes:

I - O cônjuge;

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

III - A filha, o filho, a enteada ou o enteado, até 21 anos, ou de qualquer idade quando incapacitado física ou mentalmente para o trabalho;

IV - O menor pobre, até 21 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 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 Os dependentes a que se referem os incisos III e V deste artigo poderão ser assim considerados quando maiores até 24 anos de idade, se ainda estiverem cursando estabelecimento de ensino superior ou escola técnica de segundo grau.

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

§ 3º No caso de filhos de pais separados, poderão ser considerados dependentes os que ficarem sob a guarda do contribuinte, em cumprimento de decisão judicial ou acordo homologado judicialmente.

§ 4º É vedada a dedução concomitante do montante referente a um mesmo dependente, na determinação da base de cálculo do imposto, por mais de um contribuinte.

26. DECLARAÇÃO DE DEPENDENTE(S) PARA SALÁRIO FAMÍLIA

Imprimir, preencher todos os campos da declaração com letra legível e assinar o documento após preenchido.

Atenção: Mesmo que não haja dependente(s) para adesão ao Salário Família, a declaração deve ser preenchida inativando o campo de descrição do(s) dependente(s).

DECLARAÇÃO DE SALÁRIO-FAMÍLIA

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Eu, _____
Natural de _____, Nacionalidade _____ Estado
Civil _____, Profissão _____, inscrito(a) no CPF sob
o nº _____, Portador(a) do Registro Geral (ou Profissional) nº
_____, Residente e Domiciliado(a) na
_____, declaro que
são meus dependentes para fins de SALÁRIO FAMÍLIA as pessoas abaixo relacionadas:

NOME COMPLETO	DATA DE NASCIMENTO

Pelo presente TERMO DE RESPONSABILIDADE declaro estar ciente de que deverei comunicar de imediato a ocorrência dos seguintes fatos ou ocorrências que determinam a perda do direito ao salário-família:

- Óbito de filho;
- Cessação da invalidez de filho inválido;
- Sentença judicial que determine o pagamento a outrem, ou ocorrências que determinem a perda do direito. (casos de separação, abandono de filho ou perda do pátrio poder).

Estou ciente, ainda, de que a falta de cumprimento ora assumido, além de obrigar à devolução das importâncias recebidas indevidamente, sujeitar-me-á às penalidades previstas no art. 171 do Código Penal e à rescisão do contrato de trabalho, por justa causa, nos termos do art. 482 da Consolidação das Leis do Trabalho.

Fortaleza/CE, ____ de _____ de _____.

Assinatura do(a) convocado(a).

27. DECLARAÇÃO ÉTNICO-RACIAL

Imprimir, preencher todos os campos da declaração com letra legível e assinar o documento após preenchido.

AUTODECLARAÇÃO ÉTNICO-RACIAL

Eu, _____
Natural de _____, Nacionalidade _____
Estado Civil _____, Profissão _____,
inscrito(a) no CPF sob o nº _____, Portador(a) do Registro Geral (ou
Profissional) nº _____, Residente e Domiciliado(a) na

em virtude do disposto no art. 39, §8º e §9º, da Lei n.º 12.288/2010 (Estatuto da Igualdade Racial), declaro, sob as penas da lei, que me identifico como uma pessoa de cor/etnia:

- Branca
 Preta
 Parda
 Amarela
 Indígena
 Outros: _____

Declaro-me ciente de que as informações ora prestadas são de minha exclusiva responsabilidade.

Por ser expressão da verdade, firmo e assino a presente a declaração a fim de que produza seus efeitos legais.

Fortaleza - CE, ____ de _____ de 2024.

Assinatura do(a) convocado(a).

Nota explicativa:

As empresas públicas e privadas devem incluir nos registros administrativos um campo para que os empregados possam se classificar segundo o segmento étnico e racial a que pertencem.

Tal medida passou a ser obrigatória com a publicação da Lei 14.553 de 20 de abril de 2023, que alterou arts. 39 e 49 da Lei n.º 12.288, de 20 de julho de 2010 (Estatuto da Igualdade Racial), para determinar procedimentos e critérios de coleta de informações relativas à distribuição dos segmentos étnicos e raciais no mercado de trabalho.

Destacamos a importância de que o trabalhador é quem deve indicar sua etnia e raça - Branca, Preta, Parda, Amarela ou Indígena conforme sua autoclassificação (art. 39, § 8º, da Lei 12.288/2010) no formulário de admissão.

28. DECLARAÇÃO DE BENEFICIÁRIO “CONSTA / NADA CONSTA” DO INSS.

Entrar no link <https://www.gov.br/pt-br/servicos/emitir-declaracao-de-beneficiario-consta-nada-consta>

Após efetuar login com usuário e senha do Gov.BR, clicar na aba do menu “SERVIÇOS”, “CERTIDÕES, DECLARAÇÕES E EXTRATOS” e clicar em “DECLARAÇÃO DO BENEFICIÁRIO DO INSS”.



Declaração para impressão:



29. DECLARAÇÃO DE IMPOSTO DE RENDA PESSOA FÍSICA (DIRPF) OU DECLARAÇÃO DE BENS

A declaração de bens somente deve ser preenchida se o(a) convocado(a) não tiver declarado Imposto de Renda no último ano. Neste caso, imprimir, preencher todos os campos da declaração com letra legível e assinar o documento após preenchido.

Caso o(a) convocado(a) tenha declarado imposto de renda no último ano, deve ser apresentada a declaração realizada junto à Receita Federal. Tal documento poderá ser solicitado quando necessário.

DECLARAÇÃO DE BENS

Eu, _____, aprovado(a) para o emprego comissionado de _____, declaro para fins de prova junto à FUNDAÇÃO DE APOIO À GESTÃO INTEGRADA EM SAÚDE DE FORTALEZA – FAGIFOR que () possuo () não possuo bens (móveis, imóveis, semoventes, títulos e valores mobiliários, direitos sobre veículos automotores, embarcações ou aeronaves, dinheiro ou aplicações financeiras no Brasil ou Exterior etc).

Declaro também que meus dependentes () possuem () não possuem bens.

Em caso de resposta positiva, relacionar os bens acostados:

TIPO	R\$	ANO DE AQUISIÇÃO	DETALHAMENTO

Fortaleza, ____ de _____ de ____.

Assinatura do(a) convocado(a).

DOCUMENTOS DE REGISTRO E QUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL

30. CERTIFICADO DE ESCOLARIDADE (Certificado de conclusão do Ensino Médio, Técnico ou Superior) – **original e cópia.**

A cópia do Certificado, devidamente assinado e carimbado por instituição reconhecida pelo Ministério da Educação – MEC, deverá conter a frente e o verso do documento e ser legível.

31. COMPROVANTE DE ESPECIALIDADE – **original e cópia.**

Exclusivo para cargos de nível superior: A cópia do comprovante de Especialização, Mestrado e/ou Doutorado (que atendam aos pré requisitos do cargo, especificados no item 2.6 do Edital de abertura do Concurso), devidamente assinado e carimbado por instituição reconhecida pelo Ministério da Educação – MEC, deverá conter a frente e o verso do documento e ser legível.

Para fins de admissão, serão recebidos somente os comprovantes relacionados à especialidade do concurso.

32. REGISTRO DE ESPECIALISTA OU DE QUALIFICAÇÃO DA ESPECIALIDADE (RQE) OU RESIDÊNCIA MÉDICA – **original e cópia.**

Exclusivo para médicos: A cópia do comprovante do Registro de especialista ou da especialidade (RQE) ou Certificado de conclusão de Residência Médica, da área de acordo com a especialidade exigida no concurso, reconhecido pela Comissão Nacional de Residência Médica; ou Título de especialista, reconhecido pela Associação Médica Brasileira e registrado no Conselho Regional de Medicina deverá conter a frente e o verso do(s) documento(s) e ser legível.

33. DECLARAÇÃO DE REGULARIDADE JUNTO AO CONSELHO DE CLASSE COMPROVANDO NÃO ESTAR SUSPENSO DO EXERCÍCIO PROFISSIONAL

Declaração emitida pelo conselho de classe profissional do(a) convocado(a) com data mínima do mês que antecede a convocação, constando que o(a) convocado(a) não está

suspensão do exercício profissional.

34. REGISTRO DE REGULARIDADE PARA ATUAR NO ESTADO DO CEARÁ
Caso o(a) convocado(a) tenha registro de categoria profissional emitido por outro estado, a FAGIFOR receberá a declaração do conselho de classe profissional do estado de domicílio, ficando o(a) convocado(a) responsável pela regularização do conselho de classe do Ceará, a fim de garantir sua aptidão para atuar no referido estado, conforme regras específicas vigentes em cada conselho.

RELAÇÃO DE DOCUMENTOS PARA REGISTRO DE SAÚDE OCUPACIONAL

35. COMPROVANTE DE VACINA DT (DIFTERIA E TÉTANO) – original e cópia.

Esta vacina tem validade de 10 (dez) anos, logo o comprovante deve estar neste prazo, considerando a data do edital de convocação.

Caso o prazo esteja próximo de se encerrar (três meses de antecedência), sugere-se que a dose de reforço seja antecipada.

36. COMPROVANTE DE VACINAS - HEPATITE B, TRÍPLICE VIRAL, H1N1

Para o processo admissional, a FAGIFOR solicita comprovante de:

- Três doses da vacina de Hepatite B
- Uma dose da vacina Tríplice Viral (aplicação única)
- Vacinação contra H1N1 do ano em vigência

37. EXAME ANTI-HBS

Para todos os convocados, independente do cargo

Caso o(a) convocado(a) tenha exame válido, ou seja, realizado nos últimos 90 (noventa) dias contados da data da apresentação dos documentos para admissão, este será considerado válido. Caso não o tenha, será dado o encaminhamento para realização do exame.

38. HEMOGRAMA COMPLETO

Exclusivamente para o cargo de Técnico em Radiologia.

Caso o(a) convocado(a) tenha exame válido, ou seja, realizado nos últimos 90 (noventa) dias contados da data da apresentação dos documentos para admissão, este será considerado válido. Caso não o tenha, será dado o encaminhamento para realização do

exame.

39. EXAME TOXICOLÓGICO

Exclusivamente para o cargo de CONDUTOR SOCORRISTA

Caso o(a) convocado(a) tenha exame válido, ou seja, realizado nos últimos 60 (sessenta) dias contados da data da apresentação dos documentos para admissão, este será considerado válido. Caso não o tenha, será dado o encaminhamento para realização do exame.

Atenção: Em sendo apresentado(s) o(s) exame(s) laboratorial(is) acima descrito(s) juntamente com os demais documentos necessários para a admissão, será dado prosseguimento ao Atestado de Saúde Ocupacional (ASO) na mesma data.

40. CONVOCAÇÃO EM SITUAÇÕES ESPECIAIS

São consideradas situações especiais: o Gozo de Licença Maternidade e de Auxílio Doença Previdenciário.

O(a) convocado(a) que esteja em gozo de uma das situações especiais acima descritas, na data prevista para admissão, deverá apresentar declaração, conforme modelo disponível no link: <https://fagifor.fortaleza.ce.gov.br/images/concurso/termosedecclaracoes.pdf> (página 24), juntamente com um documento comprobatório.

DISPOSIÇÕES FINAIS

41. SOLICITAÇÃO DE RECLASSIFICAÇÃO PARA FINAL DE FILA

O convocado que optar por RECLASSIFICAÇÃO PARA FINAL DE FILA deverá preencher o Requerimento disponível no link: <https://fagifor.fortaleza.ce.gov.br/images/concurso/termosedeclaracoes.pdf> (página 22) e enviá-lo através do Sistema de Protocolo Único Virtual (https://spuvirtual.sepog.fortaleza.ce.gov.br/home_page), conforme orientações contidas no arquivo **Instruções para uso do módulo externo do SPU Virtual** disponível em <https://fagifor.fortaleza.ce.gov.br/fundacao/concurso.html>.

As regras de Solicitação de Final de Fila estão dispostas nos itens 13.9.1 e 13.9.2 do Concurso Público – Edital nº 01, de 23 de janeiro de 2024.

42. DESISTÊNCIA DA VAGA NO CONCURSO

O convocado que optar pela desistência da vaga do Concurso Público deverá preencher o Termo de Desistência disponível no link: <https://fagifor.fortaleza.ce.gov.br/images/concurso/termosedeclaracoes.pdf> (página 23) e enviá-lo através do Sistema de Protocolo Único Virtual (https://spuvirtual.sepog.fortaleza.ce.gov.br/home_page), conforme orientações contidas no arquivo **Instruções para uso do módulo externo do SPU Virtual** disponível em <https://fagifor.fortaleza.ce.gov.br/fundacao/concurso.html>.

As regras de Desistência estão dispostas no itens 13.9.3 e seguintes do Concurso Público – Edital nº 01, de 23 de janeiro de 2024.

43. DIVERGÊNCIAS COM O EDITAL

Havendo divergências entre as orientações aqui estabelecidas e as regras contidas no Edital nº 001, de 23 de janeiro de 2024, prevalecerão as regras contidas no referido Edital. Para maiores informações contactar contato@fagifor.fortaleza.ce.gov.br ou através do telefone: (85) 99237-3509, para chamadas em horário comercial.