

CHECKLIST DE DOCUMENTAÇÃO

Nome: _____

Cargo: _____ CPF: _____

1. RELAÇÃO DE DOCUMENTOS PESSOAIS:

(O status é para preenchimento da FAGIFOR)

	DOCUMENTOS	<i>Status</i>
1	Cadastro de Pessoas Físicas - CPF ou CNH - original e cópia	
2	Registro Geral (RG) ou Carteira Nacional de Habilitação (CNH) - original e cópia	
3	Título de Eleitor - original e cópia	
4	Comprovante de Quitação perante a Justiça Eleitoral https://www.tre-ce.jus.br/servicos-eleitorais/certidoes/quitacao-eleitoral	
5	Certidão de Alistamento Militar/Reservista/Dispensa (sexo masculino) - original e cópia	
6	Certidão de Casamento - original e cópia	
7	Certidão de Antecedentes Criminais do Estado do Domicilio	
8	Certidão de Antecedentes Criminais do Estado do Ceará http://sistemas.sspds.ce.gov.br/AtestadoAntecedentes	
9	Certidão de Antecedentes Criminais da Justiça Federal https://www.gov.br/pt-br/servicos/emitir-certidao-de-antecedentes-criminais	
10	Comprovante de Residência Atualizado (em nome do(a) convocado(a) e com CEP emitido com até 90 dias, de preferência conta de água, luz, telefone, fatura de cartão, boleto bancário - original e cópia	
11	Carteira Nacional de Habilitação (somente para Condutores Socorristas) - original e cópia	
12	1 Foto 3x4 (fundo branco) recente para crachá	
13	Informações Bancárias – Agência e Conta – Banco Bradesco	
14	Consulta Qualificação Cadastral eSocial: (Enviar print da tela da consulta) http://consultacadastral.inss.gov.br/Esocial/pages/index.xhtml?jsessionid=dChsgSpXc8Rj6rPKxvQRrZ88JZQxZ1zcHn5F5qcyGQ3YgW25LQ1z!953891120	

VISTO: _____

RELAÇÃO DE DOCUMENTOS DO(S) DEPENDENTE(S):

(O status é para preenchimento da FAGIFOR)

Nº	DOCUMENTOS	<i>Status</i>
15	Certidão de Nascimento ou RG dos dependentes - original e cópia	
16	CPF do(s) dependente(s) - original e cópia	
17	Carteira de vacinação do(s) dependente(s) menor(es) de 6 anos - original e cópia	
18	Declaração de Escolaridade do(s) dependente(s) de 7 - 14 anos - original e cópia	

VISTO: _____

TERMOS E DECLARAÇÕES:

(O status é para preenchimento da FAGIFOR)

Nº	DOCUMENTOS	Status
19	Cadastro funcional devidamente preenchido	
20	Termo de Consentimento para Tratamento de Dados Pessoais - LGPD	
21	Termo de Sigilo e Confidencialidade	
22	Termo de opção de Vale-Transporte	
23	Declaração de cargos e proventos	
24	Declaração de Inidoneidade	
25	Declaração de dependente(s) para o Imposto de Renda	
26	Declaração de dependente(s) para salário família	
27	Declaração étnico racial	
28	Declaração de Beneficiário “Consta/Nada Consta” do INSS (disponível em https://www.gov.br/pt-br/servicos/emitir-declaracao-de-beneficiario-consta-nada-consta)	
29	Última declaração de ajuste anual do imposto de renda, caso não tenha declarado no último ano, preencher declaração de bens. (modelo anexo)	

VISTO: _____

2. DOCUMENTOS DE REGISTRO E QUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL:

(O status é para preenchimento da FAGIFOR)

Nº	DOCUMENTOS	Status
30	Certificado de escolaridade (Certificado de conclusão do Ensino Médio, Técnico ou Superior) - original e cópia	
31	Exclusivo para cargos de nível superior: Comprovante de especialidade: Especialização e/ou Mestrado e/ou Doutorado (que atendam aos pré requisitos do cargo, especificados no item 2.6 do Edital de abertura do Concurso), frente e verso devidamente assinado e carimbado - original e cópia	
32	Exclusivo para médicos: 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 - original e cópia	
33	Declaração de Regularidade junto ao Conselho de Classe e Declaração comprovando não estar suspenso do exercício profissional e nem cumprindo qualquer penalidade disciplinar - original e cópia	
34	Caso seja de outro estado: Documentação conforme as regras específicas vigentes do seu Conselho de Classe que habilita o convocado para o exercício profissional no Estado do Ceará - original e cópia	

VISTO: _____

3. DOCUMENTOS PARA REGISTRO DE SAÚDE OCUPACIONAL:

(O status é para preenchimento da FAGIFOR)

Nº	DOCUMENTOS	Status
35	Comprovante da Vacina DT - Difteria e Tétano (dose de reforço nos últimos 10 anos) - original e cópia	
36	Comprovantes de 3 doses da vacina de Hepatite B, Tríplice Viral e H1N1 (do ano em vigência ou do ano imediatamente anterior) - original e cópia	

37 Exame Toxicológico (para Condutores Socorristas) - original e cópia

VISTO: _____

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS (A ser preenchido pela FAGIFOR)
(Via da FAGIFOR)

AÇÃO	DATA	VISTO FAGIFOR	VISTO CONVOCADO
ETAPA 01 - DP			
ETAPA 02 - EC			
ETAPA 03 - SESMT			
ETAPA 04 - RETORNO			

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS (A ser preenchido pela FAGIFOR)
(Via do Candidato)

AÇÃO	DATA	VISTO FAGIFOR	VISTO CONVOCADO
ETAPA 01 - DP			
ETAPA 02 - EC			
ETAPA 03 - SESMT			
ETAPA 04 - RETORNO			

**GUIA PARA ENCAMINHAMENTO DE EXAME ADMISSIONAL
 PROGRAMA DE CONTROLE MÉDICO DE SAÚDE OCUPACIONAL**

DADOS PESSOAIS	
Nome Completo:	
CPF:	
Emprego:	
MOTIVO DO EXAME	
<input type="checkbox"/> ADMISSIONAL <input type="checkbox"/> PERIÓDICO <input type="checkbox"/> DEMISSIONAL	
TIPOS DE EXAMES	
<input type="checkbox"/> EXAME CLÍNICO <input type="checkbox"/> HEMOGRAMA COMPLETO <input type="checkbox"/> ANTI-HBS <input type="checkbox"/> TOXICOLÓGICO	
DATA E HORÁRIO DE ENCAMINHAMENTO DOS EXAMES COMPLEMENTARES	RESPONSÁVEL PELA AUTORIZAÇÃO
____/____/____ ____:____	
DATA E HORÁRIO DE ENCAMINHAMENTO DO EXAME ADMISSIONAL	
____/____/____ ____:____	

Orientação 1: Para a realização dos exames ASO e Exames Complementares deverá estar munido de documento oficial com foto.

Orientação 2: Jejum de 4 horas e com alimentação branda no dia da realização do exame complementar.

Acesso para realização de exames laboratoriais primeiro dia (sem uso de adornos):

Unidade:

Rua:

Bairro: Fortaleza, Ceará.

Acesso para realização de avaliação médica - SESMT segundo dia (sem uso de adornos):

Unidade:

Rua:

Bairro: Fortaleza, Ceará.

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: É Pessoa com Deficiência: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Cor/raça: (Branca / Preta/ Parda / Amarela / Indígena)
Nome completo do Pai:		
Nome completo da mãe:		
Possui dependentes para fins de descontos de IRRF? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Possui outro vínculo empregatício? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	
DADOS DE CONTATO		
Endereço:		
Bairro:	CEP:	
Cidade:	Telefone(s):	
E-mail:		

DOCUMENTOS		
RG:	Data da expedição:	Órgão expedidor:
Nº do Título de Eleitor:	Zona:	Seção:
CPF:	Nº CTPS	Série CTPS:
DADOS BANCÁRIOS		
Banco: Bradesco	Agência:	Conta:
DADOS CONTRATUAIS		
Cargo para o qual foi aprovado?	Carga horária:	
É sob meu consentimento que autorizo o registro profissional acima descrito, sendo de minha responsabilidade os dados fornecidos. Por ser verdade assino o presente documento.		
Ass. Empregado:	Ass. Empregador:	

TERMO DE CONSENTIMENTO PARA O TRATAMENTO DE DADOS PESSOAIS

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

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 delineadas 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*;
- 1.1.2. Nome completo;
- 1.1.3. Data de nascimento;
- 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;
- 1.1.5. Número e cópia do Cadastro de Pessoas Físicas (CPF);
- 1.1.6. Número e cópia do Título de Eleitor;
- 1.1.7. Número e cópia do Certificado de Alistamento Militar/Reservista/Dispensa;
- 1.1.8. Número e cópia do Programa de _____

Integração Social (PIS);

- 1.1.9. Número e cópia da Carteira de Trabalho e Previdência Social (CTPS);
- 1.1.10. Fotografia 3x4;
- 1.1.11. Cópia Certidão de Casamento ou da Declaração de União Estável ou outros;
- 1.1.12. Cópia do Comprovante de Escolaridade (Ensino Médio, Graduação, Especialização, Mestrado e/ou Doutorado);
- 1.1.13. Comprovação de situação regular junto ao Conselho de Classe;
- 1.1.14. Endereço completo e cópia do Comprovante de Residência;
- 1.1.15. Números de telefone, WhatsApp e endereços eletrônicos;
- 1.1.16. Números de Banco, Agência e Conta Corrente ou Salário;

1.1.17. Declaração do Imposto de Renda Pessoa Física (DIRPF);

1.1.18. Contrato de Trabalho;

1.1.19. Ficha de Registro do Empregado;

1.1.20. Frequência;

1.1.21. Comunicação, verbal e escrita, mantida entre o TITULAR e o CONTROLADORA;

1.1.22. Exames e Atestados Médicos, especialmente admissionais, periódicos, incluídos de retorno por afastamento superior a 30 (trinta) dias, em caso de doença, acidente ou parto, de mudança de função, demissionais e ainda aqueles que atestem doença ou acidente;

1.1.23. Número e cópia do Registro Geral (RG) ou Certidão de Nascimento dos dependentes;

1.1.24. Número e cópia do Cadastro de Pessoas Físicas (CPF) dos dependentes;

1.1.25. Cópia da Carteira de Vacinação dos dependentes menores de 6 (seis) anos; e

1.1.26. Cópia do Comprovante de Matrícula e da Frequência Escolar Semestral para dependentes entre 7 (sete) e 14 (quatorze) anos.

CLÁUSULA SEGUNDA – DAS FINALIDADES

2.1. O TITULAR concorda com o tratamento dos dados pessoais mencionados na cláusula anterior para as seguintes finalidades:

2.1.1. cumprimento de obrigação legal ou

regulatória pela CONTROLADORA;

2.1.2. tratamento e uso compartilhado de dados pela administração pública necessários à execução de políticas públicas previstas em leis e regulamentos ou respaldadas em contratos, convênios ou instrumentos congêneres;

2.1.3. realização de estudos por órgão de pesquisa, garantida, sempre que possível, a anonimização dos dados pessoais;

2.1.4. execução de contrato ou de procedimentos preliminares relacionados a contrato do qual seja parte o TITULAR, quando necessário, a pedido do TITULAR dos dados;

2.1.5. exercício regular de direitos em processo judicial, administrativo ou arbitral;

2.1.6. proteção da vida ou da incolumidade física do TITULAR ou de terceiro;

2.1.7. tutela da saúde, exclusivamente, em procedimento realizado por profissionais de saúde, serviços de saúde ou autoridade sanitária;

2.1.8. atendimento aos interesses legítimos da CONTROLADORA ou de terceiro, quando necessário, exceto no caso de prevalecerem direitos e liberdades fundamentais do TITULAR que exijam a proteção dos dados pessoais; ou

2.2. A CONTROLADORA não poderá, com base no consentimento outorgado pelo TITULAR por meio do presente instrumento, utilizar os dados pessoais descritos na cláusula anterior para

finalidades diversas das previstas nesta cláusula, sob pena de o tratamento ser considerado ilegal, nos termos da Lei Federal nº 13.709/2018.

2.3. Sempre que pretender, com base no consentimento do TITULAR, realizar atividades de tratamento de dados pessoais não abrangidas por esta cláusula, a CONTROLADORA deverá obter novo consentimento.

CLÁUSULA TERCEIRA – DA POSSIBILIDADE DE NÃO CONSENTIR E DAS CONSEQUÊNCIAS DA NEGATIVA

3.1. O TITULAR declara que, antes de assinar o presente instrumento, foi informado pela CONTROLADORA de que poderia não consentir com o tratamento de seus dados pessoais, sendo que sua negativa geraria, como consequência, a impossibilidade de atender às finalidades listadas na cláusula segunda.

CLÁUSULA QUARTA – DA SEGURANÇA DOS DADOS PESSOAIS

4.1. A CONTROLADORA adotará as medidas de segurança, técnicas e administrativas aptas a proteger os dados pessoais do TITULAR de acessos não autorizados e de situações acidentais ou ilícitas de destruição, perda, alteração, comunicação ou qualquer forma de tratamento inadequado ou ilícito.

4.2. A CONTROLADORA comunicará ao TITULAR, no prazo definido pela Autoridade Nacional de Proteção de Dados (ANPD), a eventual ocorrência de incidente de segurança que possa lhe acarretar risco ou dano relevante.

CLÁUSULA QUINTA – DOS DIREITOS DO TITULAR

5.1. O TITULAR tem direito a obter da CONTROLADORA, em relação aos dados do TITULAR por ele tratados, a qualquer momento e mediante requisição:

- 5.1.1. confirmação da existência de tratamento;
- 5.1.2. acesso aos dados;
- 5.1.3. correção de dados incompletos, inexatos ou desatualizados;
- 5.1.4. anonimização, bloqueio ou eliminação de dados desnecessários, excessivos ou tratados em desconformidade com o disposto na Lei Federal nº 13.709/2018;
- 5.1.5. portabilidade dos dados a outro fornecedor de serviço ou produto, mediante requisição expressa, de acordo com a regulamentação da Autoridade Nacional de Proteção de Dados (ANPD), observados os segredos comercial e industrial;
- 5.1.6. eliminação dos dados pessoais tratados com o consentimento do TITULAR, exceto nas hipóteses previstas no art. 16 da Lei Federal nº 13.709/2018;

5.1.7. informação das entidades públicas e privadas com as quais a CONTROLADORA realizou uso compartilhado de dados;

5.1.8. informação sobre a possibilidade de não fornecer consentimento e sobre as consequências da negativa;

5.1.9. revogação do consentimento, nos termos do § 5º do art. 8º da Lei Federal nº 13.709/2018.

5.2. O TITULAR tem o direito de peticionar em relação aos seus dados contra a CONTROLADORA perante a Autoridade Nacional de Proteção de Dados (ANPD).

5.3. O TITULAR pode se opor a tratamento realizado com fundamento em uma das hipóteses de dispensa de consentimento, em caso de descumprimento ao disposto na Lei Federal nº 13.709/2018.

5.4. Os direitos do TITULAR serão exercidos mediante requerimento expresso deste ou de representante legalmente constituído.

5.5. Em caso de impossibilidade de adoção imediata da providência de que trata a subcláusula 5.4, a CONTROLADORA enviará ao TITULAR resposta em que poderá:

5.5.1. comunicar que não é agente de tratamento dos dados e indicar, sempre que possível, o agente; ou

5.5.2. indicar as razões de fato ou de direito que impedem a adoção imediata da providência.

5.6. O requerimento referido na subcláusula 5.4 será atendido sem custos para o TITULAR.

5.7. A CONTROLADORA deverá informar, de maneira imediata, aos agentes de tratamento com os quais tenha realizado uso compartilhado de dados a correção, a eliminação, a anonimização ou o bloqueio dos dados, para que repitam idêntico procedimento, exceto nos casos em que esta comunicação seja comprovadamente impossível ou implique esforço desproporcional.

5.8. A portabilidade dos dados pessoais a que se refere a subcláusula 5.1.5 não inclui dados que já tenham sido anonimizados pela CONTROLADORA.

5.9. O direito a que se refere a subcláusula 5.2 também poderá ser exercido perante os organismos de defesa do consumidor.

CLÁUSULA SEXTA – DA RESPONSABILIDADE

6.1. A CONTROLADORA, sozinha ou em solidariedade com outros agentes de tratamento, responderá, perante o TITULAR, por quaisquer danos que este eventualmente sofrer em razão do tratamento de dados pessoais objeto deste instrumento.

CLÁUSULA SÉTIMA – DO COMPARTILHAMENTO DE DADOS

7.1. A CONTROLADORA, quando necessitar comunicar ou compartilhar dados pessoais com outros controladores deverá obter consentimento específico do TITULAR para esse fim, ressalvadas as hipóteses de dispensa do consentimento previstas na Lei Federal nº 13.709/2018.

7.2. A CONTROLADORA deverá informar, de maneira imediata, aos agentes de tratamento com os quais tenha realizado uso compartilhado de dados a correção, a eliminação, a anonimização ou o bloqueio dos dados, para que repitam idêntico procedimento, exceto nos casos em que esta comunicação seja comprovadamente impossível ou implique esforço desproporcional.

CLÁUSULA OITAVA – DO PERÍODO DE TRATAMENTO DE DADOS PESSOAIS

8.1. O período de tratamento dos dados pessoais do TITULAR, desde a sua coleta até a sua eliminação, será indeterminado, enquanto perdurar o Contrato de Trabalho entre o TITULAR e a CONTROLADORA.

8.2. Fica autorizada a conservação dos dados pessoais do TITULAR para cumprimento de obrigação legal ou regulatória pela CONTROLADORA.

CLÁUSULA NONA – DO TÉRMINO DO TRATAMENTO DE DADOS

9.1. O término do tratamento de dados

pessoais ocorrerá nas seguintes hipóteses:

9.1.1. Verificação de que a finalidade foi alcançada ou de que os dados deixaram de ser necessários ou pertinentes ao alcance da finalidade específica almejada;

9.1.2. Fim do período de tratamento;

9.1.3. Comunicação do TITULAR, inclusive no exercício de seu direito de revogação do consentimento, resguardado o interesse público; ou

9.1.4. Determinação da Autoridade Nacional de Proteção de Dados (ANPD), quando houver violação ao disposto na Lei Federal nº 13.709/2018.

9.2. Os dados pessoais serão eliminados após o término de seu tratamento, no âmbito e nos limites técnicos das atividades, autorizada a conservação para as seguintes finalidades:

9.2.1. Cumprimento de obrigação legal ou regulatória pela CONTROLADORA;

9.2.2. Estudo por órgão de pesquisa, garantida, sempre que possível, a anonimização dos dados pessoais;

9.2.3. Transferência a terceiro, desde que respeitados os requisitos de tratamento de dados dispostos na Lei Federal nº 13.709/2018; ou

9.2.4. Uso exclusivo da CONTROLADORA, vedado seu acesso por terceiro, e desde que anonimizados os dados.

CLÁUSULA DÉCIMA – DA POSSIBILIDADE DE CONCILIAÇÃO E DAS PENALIDADES

10.1. Os vazamentos individuais ou os acessos não autorizados poderão ser objeto de conciliação direta entre a CONTROLADORA e o TITULAR e, caso não haja acordo, a CONTROLADORA estará sujeito à aplicação das penalidades de que trata a Lei Federal nº 13.709/2018.

CLÁUSULA DÉCIMA-PRIMEIRA – DO ENCARREGADO

11.1. O ENCARREGADO de proteção de

dados pessoais pela CONTROLADORA está indicado juntamente com o TITULAR e a CONTROLADORA, bem como sua identidade e suas informações de contato estão divulgadas no sítio eletrônico da CONTROLADORA.

11.1.1. As eventuais comunicações ou solicitações dirigidas pelo TITULAR ao ENCARREGADO deverão ser encaminhadas presencialmente ou por endereço eletrônico, a critério do TITULAR.

O consentimento ora manifestado pelo TITULAR é conferido nos estritos termos mencionados neste documento e não poderá ser utilizado para finalidades distintas das aqui descritas.

Fortaleza/CE, ____ de _____ de _____.

Assinatura do(a) convocado(a).

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, declara e se compromete:

- 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.

Fortaleza/CE, _____ de _____ de _____

Assinatura do(a) convocado(a).

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 improcedência das informações declaradas.

DECLARAÇÃO DE TRAJETO

Residência-Trabalho: Tipo: _____ Tarifa atual R\$ _____ Tipo: _____ Tarifa atual R\$ _____	Trabalho-Residência: Tipo: _____ Tarifa atual R\$ _____ Tipo: _____ Tarifa atual R\$ _____
--	--

Fortaleza - CE, ____ de _____ de _____.

Assinatura do(a) convocado(a).

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).

DECLARAÇÃO DE NÃO ESTAR CUMPRINDO SANÇÃO 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).

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.

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 separa o, abandono de filho ou perda do pátrio poder).

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

Fortaleza/CE, ____ de _____ de _____.

Assinatura do(a) convocado(a).

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 nº 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.

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).

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, _____,
portador(a) do RG nº _____ e CPF nº
_____, 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).



REQUERIMENTO DE RECLASSIFICAÇÃO PARA FINAL DE FILA

DADOS PESSOAIS
Nome Completo:
CPF:
Emprego:
Classificação:

Eu, acima qualificado, de acordo com o Resultado Final do Concurso Público da Fundação de Apoio à Gestão Integrada em Saúde de Fortaleza (Fagifor) – Edital nº 01, de 23 de janeiro de 2024, opto pela **Solicitação de Final de Fila**, de acordo com as regras dispostas nos itens 13.9.1 e 13.9.2 do Edital do Concurso Público.

Declaro, ainda, ciência de que esta solicitação acarreta o meu deslocamento para o final de todas as listas: ampla concorrência, pessoas com deficiência e negros.

Fortaleza/CE, ____ de _____ de _____.

Assinatura do(a) convocado(a).

TERMO DE DESISTÊNCIA

DADOS PESSOAIS
Nome Completo:
CPF:
Emprego:
Classificação:

Eu, acima qualificado, de acordo com o Resultado Final do Concurso Público da Fundação de Apoio à Gestão Integrada em Saúde de Fortaleza (Fagifor) – Edital nº 01, de 23 de janeiro de 2024, opto pela **Desistência**, de acordo com as regras dispostas nos itens 13.9.3 e seguintes do Edital do Concurso Público.

Declaro, ainda, ciência de que de que é irrevogável e irretroatável a desistência, após o recebimento na área de Gerência de Desenvolvimento Organizacional e de Pessoas da Fundação de Apoio à Gestão Integrada em Saúde de Fortaleza (Fagifor).

Fortaleza/CE, ____ de _____ de _____.

Assinatura do(a) convocado(a).

CONVOCAÇÃO EM SITUAÇÕES ESPECIAIS

DADOS PESSOAIS
Nome Completo:
CPF:
Emprego:
Classificação:

Eu, acima qualificado, de acordo com o Resultado Final do Concurso Público da Fundação de Apoio à Gestão Integrada em Saúde de Fortaleza (Fagifor) – Edital nº 01, de 23 de janeiro de 2024, DECLARO NÃO PODER ASSUMIR A VAGA TEMPORARIAMENTE do referido concurso, em razão de:

- Licença Maternidade
 Auxílio Doença Previdenciário
 Outro Motivo

Em caso de outro motivo não previsto neste edital, informar:

Declaro, ainda, que junto a esta declaração anexo documento comprobatório do meu impedimento temporário e informo que a data de disponibilidade para admissão é ____/____/____.

Fortaleza/CE, ____ de _____ de _____.

Assinatura do(a) convocado(a).