



## ORIENTAÇÃO PARA ADMISSÃO DE FUNCIONÁRIOS

A Coordenação de Recursos Humanos da Associação Saúde da Família – ASF está localizada na Rua Itápolis, 1440 – Pacaembu – São Paulo/SP. O candidato em fase de admissão deverá comparecer ao RH, em data previamente agendada, para a entrega da documentação obrigatória. Neste dia será realizada a abertura de conta bancária, assinatura do contrato de trabalho, entrega de documentos e recebimento do crachá. Após a admissão, o empregado será convocado para participar da Integração que ocorre às 6ª feiras das 8h às 13h.

### DOCUMENTOS NECESSÁRIOS PARA CONTRATAÇÃO

**(É imprescindível a entrega de todos os documentos, a falta de qualquer documentação implicará na não contratação)**

**Importante:** Todos os documentos do candidato devem estar atualizados, conforme sua situação civil.

- ❖ Formulário de Declaração de Tempo de Serviço (anexo)
- ❖ 1 foto 3x4
- ❖ 1 cópia do cartão do SUS (frente e verso)
- ❖ Carteira de Trabalho e Previdência Social – CTPS
- ❖ Exame Médico Admissional será agendado pela ASF e será realizado na empresa de Saúde Ocupacional.
- ❖ 2 cópias da caderneta de vacinação do candidato (ver orientação abaixo).
- ❖ 2 cópias do RG (frente e verso)
- ❖ 2 cópias do CPF
- ❖ 1 cópia da situação cadastral no CPF disponível em <http://cpf.receita.fazenda.gov.br/situacao/default.asp>
- ❖ 1 cópia do CPF dos dependentes (é obrigatório a entrega do CPF do filho dependente de IR, a partir de 08 anos).
- ❖ 2 cópias do comprovante de residência com CEP
- ❖ 1 cópia do comprovante da consulta do CEP disponível em <http://www.buscapep.correios.com.br/sistemas/buscapep/>
- ❖ 2 cópias da certidão de casamento
- ❖ 1 cópia do CPF do cônjuge
- ❖ 1 cópia da Declaração de PIS ativo emitida pela Caixa Econômica Federal (necessário solicitar na Caixa Econômica Federal o comprovante de situação cadastral do PIS);
- ❖ 1 cópia do título de eleitor e comprovante de comparecimento na última eleição
- ❖ 1 cópia do grau de instrução (histórico, certificado ou diploma)
- ❖ 1 cópia do pagamento da anuidade do Conselho (COREN, CRM, CRP, CRO, CREFITO, CRESS...)
- ❖ 1 cópia do registro no Conselho (COREN, CRM, CRP, CRO, CREFITO, CRESS...)
- ❖ 1 cópia da inscrição ativa junto ao Conselho Profissional.
- ❖ 1 cópia da carteira de reservista
- ❖ 1 cópia da caderneta de vacinação para filhos menores de 5 anos (frente e verso)
- ❖ 1 cópia da certidão de nascimento para filhos menores de 21 anos
- ❖ 1 currículo completo e atualizado (com cópia de todos os diplomas/certificados dos cursos realizados e informados no currículo)
- ❖ 1 carta de referência do último trabalho



### ORIENTAÇÃO REFERENTE À CARTEIRA DE VACINAÇÃO

EM ATENDIMENTO A **NORMA REGULAMENTADORA (NR 32)** DO MINISTÉRIO DO TRABALHO, **TODO PROFISSIONAL DA ÁREA DE SAÚDE** DEVERÁ APRESENTAR NA ADMISSÃO, **DUAS COPIAS LEGÍVEIS (FRENTE E VERSO) DA CARTEIRA DE VACINAÇÃO** DEVIDAMENTE ATUALIZADA COM AS SEGUINTE APLICAÇÕES:

- DUPLO ADULTO (DIFTERIA E TÉTANO)
- HEPATITE B (AS 03 DOSES) – OU CÓPIA DE SOROLOGIA
- TRÍPLICE VIRAL (SARAMPO – CAXUMBA – RUBÉOLA)

TODAS AS UBS – UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE ATUALIZAM/EMITEM A CARTEIRA DE VACINA DANDO-SE PREFERÊNCIA A UNIDADE MAIS PRÓXIMA DA RESIDÊNCIA. **A 2ª VIA DA CARTEIRINHA DEVERÁ SER SOLICITADA NA UNIDADE EM QUE TOMOU ANTERIORMENTE.**

PRÓXIMO A “ASF”, TEMOS:

- **UBS SÉ:** ATENDIMENTO DE 2ª a 6ª FEIRA, DAS 7h ÀS 19h, END.: RUA FREDERICO ALVARENGA, N° 259 – BAIRRO SÉ, SÃO PAULO – SP, CEP: 01020-030 – TEL: 3101.2344. **LEVAR RG.**
- **CENTRO DE SAÚDE ESCOLA GERALDO DE PAULA SOUZA:** ATENDIMENTO DE 2ª a 6ª FEIRA, DAS 7h ÀS 19h, END.: AV. DR. ARNALDO, N° 925 – BAIRRO SUMARÉ, SÃO PAULO – SP, CEP: 01246-000 – TEL: 3061.7721. **LEVAR RG.**



## DECLARAÇÃO DE TEMPO DE SERVIÇO

**Este formulário deverá ser entregue preenchido no ato da admissão.**

Eu, \_\_\_\_\_  
CPF nº \_\_\_\_\_, PIS nº \_\_\_\_\_  
Est. Civil: \_\_\_\_\_, Função: \_\_\_\_\_  
Residente à: \_\_\_\_\_.

( ) Declaro para os devidos fins e efeito de direito que possuo/possuí os vínculos empregatícios abaixo relacionados como CLT ou emprego individual (autônomo).

1. Empresa: _____	Adm: ____/____/____	Demissão: ____/____/____
2. Empresa: _____	Adm: ____/____/____	Demissão: ____/____/____
3. Empresa: _____	Adm: ____/____/____	Demissão: ____/____/____
4. Empresa: _____	Adm: ____/____/____	Demissão: ____/____/____
5. Empresa: _____	Adm: ____/____/____	Demissão: ____/____/____
6. Empresa: _____	Adm: ____/____/____	Demissão: ____/____/____
7. Empresa: _____	Adm: ____/____/____	Demissão: ____/____/____
8. Empresa: _____	Adm: ____/____/____	Demissão: ____/____/____
9. Empresa: _____	Adm: ____/____/____	Demissão: ____/____/____
10. Empresa: _____	Adm: ____/____/____	Demissão: ____/____/____
11. Empresa: _____	Adm: ____/____/____	Demissão: ____/____/____
12. Empresa: _____	Adm: ____/____/____	Demissão: ____/____/____
13. Empresa: _____	Adm: ____/____/____	Demissão: ____/____/____
14. Empresa: _____	Adm: ____/____/____	Demissão: ____/____/____
15. Empresa: _____	Adm: ____/____/____	Demissão: ____/____/____

( ) Declaro que não possuo vínculos anteriores até a presente data.

Declaro ainda ter conhecimento das implicações pelo fornecimento de falsas informações previstas no Artigo 299 do Código Penal.

Sem mais,

São Paulo, de de 2019.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do (a) empregado (a)