



## **DOCUMENTOS NECESSÁRIOS PARA REALIZAR A ADMISSÃO**

**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)  
<https://portaldocidadao.saude.gov.br/portalcidadao/areaCadastro.htm>
- Carteira de Trabalho e Previdência Social – CTPS (original e cópia)
- Exame Médico Admissional será agendado pela ASF e será realizado na empresa Líder 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)
- 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
- Cópia da Declaração de PIS ativo emitida pela Caixa Econômica Federal, destinada a funcionários do setor privado (necessário solicitar na Caixa Econômica Federal o comprovante de situação cadastral do PIS) ou cópia da Declaração do PASEP ativa emitida pelo Banco do Brasil, destinada a funcionários do setor público
- 1 cópia do título de eleitor e comprovante de comparecimento na última eleição  
<http://www.tre-sp.jus.br/eleitor/certidoes/certidao-de-quitacao-eleitoral>
- 1 cópia do grau de instrução (histórico, certificado ou diploma)
- 1 cópia do registro no Conselho Regional do Estado de São Paulo (COREN, CRM, CRP, CRO, CREFITO, CRESS...)
- 1 cópia da inscrição ativa junto ao Conselho Profissional Regional do Estado de São Paulo e uma certidão negativa de débitos
- 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 atualizado (com cópia de todos os diplomas/certificados dos cursos realizados e informados no currículo)



- 1 carta de referência do último trabalho

### **ORIENTAÇÕES REFERENTE A CARTEIRA DE VACINAÇÃO**

EM ATENDIMENTO A **NORMA REGULAMENTADORA (NR 32)** DO MINISTÉRIO DO TRABALHO, **TODO PROFISSIONAL DA ÁREA DE SAÚDE** DEVERÁ APRESENTAR NO MOMENTO DA ADMISSÃO, **DUAS COPIAS LEGÍVEIS (FRENTE E VERSO) DA CARTEIRA DE VACINA** 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 SE TOMOU AS VACINAS ANTERIORMENTE.**

PRÓXIMO A ASF ESTÃO LOCALIZADAS AS UNIDADES:

- **UBS SÉ:** ENDEREÇO: RUA FREDERICO ALVARENGA, N° 259 – CEP: 01020-030 – (ATENDIMENTO DE 2ª a 6ª FEIRA, DAS 7h ÀS 19h) – TEL.: (11) 3101-2344 – (**LEVAR RG**).
- **CENTRO DE SAÚDE ESCOLA GERALDO DE PAULA SOUZA:** ENDEREÇO: AV. DR. ARNALDO, N° 925 – CEP: 01246-000 – (ATENDIMENTO DE 2ª a 6ª FEIRA, DAS 7h ÀS 19h) – TEL.: (11) 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 empregado 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)



## **DOCUMENTOS NECESSÁRIOS PARA REALIZAR A MUDANÇA DE FUNÇÃO**

(É imprescindível a entrega de todos os documentos, a falta de qualquer documentação implicará no cancelamento da mudança de função)

- 1 foto 3x4
- Documentos atualizados (CPF, RG, PIS, título de eleitor, certidão de casamento e CPF dos filhos)
- 1 cópia do cartão do SUS (frente e verso)
- Exame Médico Admissional será agendado pela ASF e será realizado na empresa Líder Saúde Ocupacional
- 2 cópias de caderneta de vacinação do candidato (ver orientação em anexo)
- 2 cópias do comprovante de residência CEP (caso houve mudança de residência não informada)
- 1 cópia do grau de instrução (histórico, certificado ou diploma) – caso a função a ser exercida seja de nível técnico ou superior
- 1 cópia do registro no Conselho Regional do Estado de São Paulo (COREN, CRM, CRP, CREFITO, CRESS...)
- 1 cópia da inscrição ativa e certidão negativa do Conselho Profissional Regional do Estado de São Paulo
- 1 currículo atualizado (com cópia de todos os diplomas/certificados dos cursos realizados e informados no currículo)