

**EMPRESA PÚBLICA DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO S/A – RIOSAÚDE  
PROCESSO SELETIVO EDITAL Nº 152/2021**

**5ª CONVOCAÇÃO PARA EXAME ADMISSIONAL E ENTREGA DE DOCUMENTAÇÃO.**

A fim de atender situação de excepcional interesse público, em razão da assunção emergencial e temporária do gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde no âmbito do Hospital Municipal Souza Aguiar a **EMPRESA PÚBLICA DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO S/A – RIOSAÚDE**, no uso de suas atribuições, **CONVOCA** os profissionais abaixo indicados, os quais compõem o banco do processo simplificado regulamentado pelo **Edital nº 152/2021**, para caso queiram firmar contrato por prazo determinado, com fulcro no artigo 37, IX da Constituição Federal de 1998 e na Lei Municipal nº 1.978, de 26 de março de 1993, regulamentada pelo Decreto nº 12.577, de 20 de dezembro de 1993, e suas alterações, **adotarem os procedimentos na sequência abaixo:**

1ª) Preencher o cadastro on line de dados pessoais **disponível a partir de dia 10/09/2021** no endereço eletrônico <http://prefeitura.rio/riosauade/admissao>.

2ª) Após o preenchimento do Cadastro on-line, comparecer nas dependências do **Hospital Municipal Souza Aguiar**, situado na Praça da República, 111 - Centro, Rio de Janeiro - RJ, 20211-350, no **Departamento Pessoal** do hospital, **no dia 10 de Setembro de 2021, no horário de 09h às 14 horas para:**

3ª.a) Apresentar a documentação comprobatória do **Cadastro on line (pré - admissão)** para a conferência dos dados pessoais preenchidos;

b) O profissional será orientado a se submeter à inspeção de saúde e, após a realização da inspeção médica, munido do referido comprovante, a fim de **entregar a documentação** relacionada no Anexo I para firmar Contrato por Prazo Determinado.

**10/09/2021 9:00 às 14:00  
HOSPITAL MUNICIPAL SOUZA AGUIAR  
MÉDICO UTI ADULTO PLANTONISTA**

<b>CLASSIFICAÇÃO</b>	<b>NOME COMPLETO</b>
20º	PEDRO LIMA

## ANEXO I



## CHECK LIST ADMISSSIONAL - RIOSAÚDE

Nº EDITAL: _____	DATA DE CONVOCAÇÃO D.O.: _____	CLASSIFICAÇÃO Nº: _____
CONCURSO ( )	PROCESSO SELETIVO ( )	ADMISSÃO DIRETA ( )

Nome: \_\_\_\_\_

Unidade: \_\_\_\_\_

Função: \_\_\_\_\_ Carga Horária: \_\_\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

Trazer o Cadastro online impresso ( Todas as Vias )	
Exame admissional:	
1 (uma) foto 3x4 coloridas e recentes;	
Carteira de Identidade (original e cópia)	
Carteira de Trabalho e Previdência Social (original e cópia do espelho e verso - Qualificação Civil)*;	
CPF (original e cópia )	
Título de Eleitor, com respectivos comprovantes da última eleição – 1º e 2º turno (original e cópia)	
Comprovante de Vacinação atualizado [DT adulto, Hepatite B] + [vacinação COVID-19 (1ª E 2ª DOSE – OBRIGATÓRIO)] - (original e cópia)	
Comprovante de Residência no nome do profissional ou do cônjuge (concessionárias de luz, água ou telefone fixo convencional) emitidos há menos de 60 (sessenta) dias (original e cópia ) <b>Quando não estiver no nome do profissional ou do cônjuge, entregar declaração original e cópia do RG do nome que constar no comprovante.</b>	
Certificado de Reservista (Dispensa de incorporação, Carta Patente ou incorporação de Reservista)	
Certidão de Nascimento, se solteiro, ou Certidão de Casamento, se casado (original e cópia)	
Cédula do PIS/PASEP ou CARTÃO CIDADÃO - caso não tenha, apresentar declaração de NADA CONSTA da Caixa Econômica Federal (PIS) ou Banco do Brasil (PASEP) (original e cópia )	
CPF e Certidão de Nascimento de filhos menores (original e cópia )	
CPF e Carteira de Identidade dos Dependentes (Cópia)	
Cartela de vacinação de dependentes com idade inferior a 7 (sete) anos, e Declaração de Frequência Escolar, se idade superior a 7 (sete) anos (original e cópia )	
<b>Carteira do conselho</b> (CREMERJ, COREN etc) e comprovante de <b>pagamento da anuidade Atual e Certidão negativa</b> (original e cópia )	
Comprovante da declaração de Imposto de Renda <b>Atual</b> , SOMENTE parte da declaração <b>de Bens e Direitos</b> (cópia);	
Comprovante de escolaridade (original e cópia) - Nível Médio e/ou Técnico;	
Comprovante de Habilitação: Diploma (original e cópia) - Nível Superior;	
Comprovante de especialização;	
Comprovante de abertura de conta no Banco Santander; caso tenha.	
Cartão original Fetranspor e cópia do comprovante de desincompatibilização do antigo empregador;	
Termo de Guarda e Posse, em caso de adoção (original e cópia ou cópia autenticada);	
Termo de Curatela (original e cópia ou cópia autenticada);	
Carta de Naturalização, se estrangeiro (original e cópia )	
<a href="http://consultacadastral.inss.gov.br/Esocial">Entrar no site http://consultacadastral.inss.gov.br/Esocial</a> e realizar a consulta da Qualificação cadastral para verificação de divergências nos dados cadastrais. Entregar a consulta impressa e sem divergências.	

\* **Quando modificar o nome tem que apresentar todos os documentos com as alterações**

