

**EMPRESA PÚBLICA DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO S/A – RIOSAÚDE
PROCESSO SELETIVO EDITAL Nº 113/2021**

2ª 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 Francisco da Silva Telles 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 113/2021**, 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 13/09/2021** no endereço eletrônico <http://prefeitura.rio/riosauade/admissao>.

2ª) Após o preenchimento do Cadastro on-line, comparecer nas dependências do **Hospital Municipal Francisco da Silva Telles**, situado na Av. Ubirajara, 25 - Irajá, Rio de Janeiro - RJ, 21230-300, no **Departamento Pessoal** do hospital, **no dia 15 de Setembro de 2021**, no horário de 09h às 12 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.

**15/09/2021 DE 9H00 ÀS 12H00
HOSPITAL MUNICIPAL FRANCISCO DA SILVA TELLES
MÉDICO EMERGENCISTA ROTINA 30HS**

| CLASSIFICAÇÃO | NOME COMPLETO |
|----------------------|----------------------|
| 11º | KISI BATISTA |

**15/09/2021 DE 9H00 ÀS 12H00
HOSPITAL MUNICIPAL FRANCISCO DA SILVA TELLES
MÉDICO EMERGENCISTA PLANTONISTA 12HS**

| CLASSIFICAÇÃO | NOME COMPLETO |
|----------------------|---------------------------------|
| 12º | HUMBERTO JUNIOR |
| 22º | GLAUBER MARCIUS CARDOSO MENEZES |
| 28º | PAOLA FERNANDES COELHO |
| 32º | MARIANA MIRANDA DE JESUS |
| 34º | GLEDSON FELIPPE |

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) Quando não estiver no nome do profissional ou do cônjuge, entregar declaração original e cópia do RG do nome que constar no comprovante. | |
| 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) | |
| Carteira do conselho (CREMERJ, COREN etc) e comprovante de pagamento da anuidade Atual e Certidão negativa (original e cópia) | |
| Comprovante da declaração de Imposto de Renda Atual , SOMENTE parte da declaração de Bens e Direitos (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) | |
| Entrar no site http://consultacadastral.inss.gov.br/Esocial 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.**

* **Quando o comprovante de residência não estiver no nome do profissional ou do cônjuge, entregar declaração original e cópia do RG ou da CNH do proprietário (nome que constar no comprovante).**

Os demais classificados serão convocados por este Diário Oficial em novos chamamentos.

