

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

**Importante:** Todos os documentos do candidato devem estar atualizados conforme sua situação civil e encaminhados no prazo estipulado. Informar neste e-mail o tamanho do uniforme (P – M – G - GG) e o número do calçado.

- Ficha cadastral (ver abaixo);
- 1 foto 3x4 - foto para crachá (poderá ser tirada pelo celular, porém nos padrões de uma foto para crachá, fundo branco e de frente);
- Cartão do SUS (frente e verso):  
<https://portaldocidadao.saude.gov.br/portalcidadao/areaCadastro.htm>
- Caderneta de vacinação do candidato (ver abaixo);
- RG (frente e verso), com validade de até 10 anos, não enviar a CNH em substituição (caso tenha mais de 10 anos da emissão, fazer agendamento para atualizar e enviar juntamente com o RG vencido);
- CPF;
- Print da tela da situação cadastral regular no CPF disponível em:  
[https://servicos.receita.fazenda.gov.br/servicos/cpf/consultasituacao/consulta\\_publica.asp](https://servicos.receita.fazenda.gov.br/servicos/cpf/consultasituacao/consulta_publica.asp)
- CPF dos dependentes (é obrigatório enviar documento que conste o CPF do filho(a) dependente de IR);
- CNH (obrigatória apenas para cargo de motorista);
- Comprovante de residência com CEP, emitido há menos de 3 meses;
- Print da tela da consulta do CEP disponível em:  
<https://buscacepinter.correios.com.br/app/endereco/index.php?t>
- Certidão de nascimento ou casamento, caso haja averbação do casamento deve ser entregue cópia (se for casado(a) enviar o CPF do cônjuge);
- CPF do cônjuge e de todos os filhos relacionados na ficha cadastral;
- Certidão de nascimento ou RG (frente e verso) para filhos menores de 21 anos;
- Título de eleitor;
- Certidão de quitação eleitoral disponível em: <http://www.tre-sp.jus.br/eleitor/certidoes/certidao-de-quitacao-eleitoral> **ou** comprovante(s) de comparecimento na última eleição;
- Número do PIS: print de um dos dois app “Caixa Tem” ou “FGTS” **ou** Certidão de PIS Ativo - obtida na Caixa Econômica - Não serão aceitos outros documentos com o número do PIS, somente uma das opções acima;

- Comprovante de Grau de Instrução de acordo com os requisitos do cargo: Diploma, Certificado **e/ou** declaração de conclusão de curso do nível de formação escolar, fundamental, médio, médio técnico ou superior;
- Para médicos especialistas é necessário apresentar o Registro de Qualificação de Especialista (RQE) **ou** o comprovante de conclusão da residência médica reconhecida pelo MEC **ou** o Título de Especialista conferido pela Sociedade de Especialidade Médica;
- Para médicos, apresentar a Certidão Ética Profissional emitida pela CREMESP;
- Registro no Conselho de Classe (ex: COREN, CRM, CRP, CRO, CREFITO, CRESS...) e carteira do Conselho dentro do prazo de validade, se couber. Caso esteja vencida, enviar com o protocolo de agendamento da renovação;
- Inscrição ativa junto ao Conselho Profissional Regional do Estado de São Paulo e uma certidão negativa de débitos do ano vigente;
- Certificado de reservista, para homens até 45 anos de idade;
- Caderneta de vacinação para filhos menores de 6 anos (frente e verso);
- Certidão de antecedentes criminais das esferas ESTADUAL e FEDERAL, conforme Lei N º 14.811 de 12 de janeiro de 2024 (exceção de atividades administrativas e operacionais);
- Currículo completo e atualizado com cópia de todos os diplomas/certificados dos cursos realizados e informados no currículo.

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

É imprescindível a entrega de todos os documentos, a falta de qualquer um deles implicará no cancelamento da mudança de função.

- Foto 3x4;
- Documentos atualizados (CPF, RG, PIS, título de eleitor, certidão de casamento e CPF dos filhos);
- Cartão do SUS (frente e verso);
- Exame Médico Admissional será agendado pela ASF e realizado na Líder Saúde Ocupacional;
- Caderneta de vacinação do candidato (ver abaixo);
- Comprovante de residência CEP (caso houve mudança de residência não informada);
- Grau de instrução (histórico, certificado ou diploma) – caso a função a ser exercida seja de nível técnico ou superior;
- Registro no Conselho Regional do Estado de São Paulo (COREN, CRM, CRP, CREFIRO, CRESS, etc);
- Inscrição ativa e certidão negativa do Conselho Profissional Regional do Estado de São Paulo;
- Currículo atualizado (com cópia de todos os diplomas/certificados dos cursos realizados e informados no currículo).

## **ORIENTAÇÕES REFERENTES À CADERNETA DE VACINAÇÃO**

Em atendimento a **Norma Regulamentadora (NR 32)** do Ministério do Trabalho, **todo profissional de saúde** deverá apresentar sua caderneta de vacinação devidamente atualizada e deverá enviar por e-mail no momento da admissão **duas cópias legíveis (frente e verso) da caderneta de vacinação** com as seguintes aplicações:

- **Dupla Adulto** (difteria e tétano) - três doses e reforço a cada dez anos;
- **Hepatite B** - três doses;
- **Tríplice Viral** (sarampo/caxumba/rubéola) - profissionais de saúde recomenda-se duas doses;
- **Covid 19** - três doses iniciais e reforço anual para os profissionais de saúde.

### **Proteja-se! Mantenha sua vacinação em dia**

A imunização é uma medida de prevenção recomendada com excelentes repercussões, tendo como objetivo principal manter o trabalhador protegido e saudável, menos suscetível a doenças evitáveis por meio da vacinação.

### **Atenção!**

- Guarde sua caderneta de vacinação em local seguro;
- Mantenha junto com sua caderneta os comprovantes entregues pelos postos de vacinação;
- Todas as unidades básicas de saúde atualizam e/ou emitem a segunda via da caderneta de vacinação.

### **Próximo a ASF estão localizadas as unidades:**

- **UBS Sé:** Rua Frederico Alvarenga, nº 259 - CEP: 01020-030 (atendimento de 2ª a 6ª feira, das 07h às 19h) - tel.: (11) 3101-2344 (levar rg).
- **Centro de Saúde Escola Geraldo de Paula Souza:** Avenida Dr. Arnaldo, nº 925 - CEP: 01246-000 (atendimento de 2ª a 6ª feira, das 07h às 19h) - tel: (11) 3061-7721 (levar rg).

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

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

Cargo que está sendo admitido (a): \_\_\_\_\_

**Autodeclaração de Identidade de Gênero:**

( ) Homem cisgênero

( ) Mulher cisgênero

( ) Homem transexual

( ) Mulher transexual

( ) Travesti

( ) Não binário

( ) Outros

Data de Nascimento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Estado de Nascimento: \_\_\_\_\_ País: \_\_\_\_\_

Sua cor ou raça é: Branca ( ) Preto ( ) Amarela ( ) Parda ( ) Indígena ( )

Estado Civil: Solteiro ( ) Casado ( ) Divorciado ( ) Separado ( ) Viúvo ( ) Outros ( ) \_\_\_\_\_

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

O filho é dependente de Imposto de Renda? SIM ( ) NÃO ( ) Data. Nasc: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

Estado de Nascimento: \_\_\_\_\_ País: \_\_\_\_\_

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

O filho é dependente de Imposto de Renda? SIM ( ) NÃO ( ) Data. Nasc: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

Estado de Nascimento: \_\_\_\_\_ País: \_\_\_\_\_

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

O filho é dependente de Imposto de Renda? SIM ( ) NÃO ( ) Data. Nasc: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

Estado de Nascimento: \_\_\_\_\_ País: \_\_\_\_\_

Conjuge: \_\_\_\_\_

O (a) conjuge é dependente de Imposto de Renda? SIM ( ) NÃO ( ) Data. Nasc: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

Estado de Nascimento: \_\_\_\_\_ País: \_\_\_\_\_

Filiação Mãe: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_ Data Nasc: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Filiação Pai: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_ Data Nasc: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Os pais são dependentes de Imposto de Renda? SIM ( ) NÃO ( )

Obs: Se a resposta for sim, por favor, colocar o CPF e data de nascimento.

Endereço: \_\_\_\_\_ Nº \_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_

CEP: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_

Telefone Res: \_\_\_\_\_ Celular (Whatsapp): \_\_\_\_\_ Outros : \_\_\_\_\_

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

CPF: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_ Data de Emissão: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_

Conselho Regional: \_\_\_\_\_

Título Eleitor: \_\_\_\_\_ Zona: \_\_\_\_\_ Seção: \_\_\_\_\_ Data Emissao \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

PIS/PASEP: \_\_\_\_\_ Certificado Reservista Nº: \_\_\_\_\_

CNS - Cartão Nacional Saúde - SUS: \_\_\_\_\_

Estrangeiros preencher dados abaixo:

Nº Identidade Estrangeiro: \_\_\_\_\_ Visto Estrangeiro: \_\_\_\_\_

Está recebendo Seguro Desemprego? Sim ( ) Não ( )

Declaro serem verdadeiras as informações aqui prestadas, sobre as quais assumo todas as responsabilidades, sob pena de incorrer nas sanções previstas no art. 299 do Código Penal. Decreto Lei 2848/40

São Paulo, \_\_\_\_ de \_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura