



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)

- ❖ 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 do CPF dos dependentes
- ❖ 2 cópias do comprovante de residência com CEP
- ❖ 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 da contribuição sindical do ano corrente (médicos, enfermeiros e outros profissionais que contribuem diretamente para o sindicato de sua categoria)
- ❖ 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 A CARTEIRA DE VACINA

EM ATENDIMENTO A **NORMA REGULAMENTADORA (NR 32)** DO MINISTÉRIO DO TRABALHO, **TUDO PROFISSIONAL DA ÁREA DE SAÚDE** DEVERÁ APRESENTAR NA 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 DEVERA SER SOLICITADA NA UNIDADE EM QUE TOMOU ANTERIORMENTE.**

PRÓXIMO A “ASF”, TEMOS A UBS SÉ: ATENDIMENTO DE 2ª a 6ª FEIRA, ÀS 7h ÀS 19h, NA RUA FREDERICO ALVARENGA, 259 – 01020.030 TEL 3101.2344 **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 2017.

Assinatura do (a) empregado (a)