



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 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, **TODO 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 2018.

Assinatura do (a) empregado (a)