



Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Marília
Núcleo de Gestão de Processos e Qualidade

PROCEDIMENTO OPERACIONAL HCFAMEMA
TÍTULO: NOMEAÇÃO DE SERVIDOR PÚBLICO DE CARGO EM COMISSÃO DO
HCFAMEMA

CÓDIGO: HCF-DGP-PO-22

REVISÃO: 00

OBJETIVO:

Descrever o procedimento a ser realizado para a nomeação dos servidores de cargo em comissão do HCFAMEMA, servindo para informar aos profissionais envolvidos sobre as diretrizes de atuação, mantendo assim a organização das responsabilidades.

APLICAÇÃO:

Aplica-se exclusivamente aos cargos em comissão do HCFAMEMA.

RESPONSABILIDADE:

Chefe de Gabinete;
Diretores Técnicos em Saúde I, II e III;
Diretores Técnicos I, II e III;
Superintendente.

ABREVIATURAS E SIGLAS:

ASO - Atestado de Saúde Ocupacional.
AUDESP - Sistema de Divisão de Auditoria Eletrônica de São Paulo.
CNH - Carteira Nacional de Habilitação.
CPF - Cadastro de Pessoa Física.
DOE-SP - Diário Oficial do Estado de São Paulo.
DGP - Departamento de Gestão de Pessoas.
GESMT - Gerência de Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho.
GI - Gerência de Ingresso.
GP - Gerência de Pessoas.
HCFAMEMA - Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Marília.
NCRF - Núcleo de Cadastro e Registro Funcional.

Classif. documental

001.02.02.002



Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Marília
Núcleo de Gestão de Processos e Qualidade

NFP - Núcleo de Folha de Pagamento.

NI - Núcleo de Ingresso.

RG - Registro Geral.

SES-SP - Secretaria de Estado da Saúde do Estado de São Paulo.

SICAD - Sistema Único de Cadastro de Cargos e Funções-Atividades.

SP - São Paulo.

TCE-SP - Tribunal de Contas do Estado de São Paulo.

UCRH - Unidade Central de Recursos Humanos.

MATERIAIS/EQUIPAMENTOS/FERRAMENTAS

Materiais:

Não se aplica.

Equipamentos:

Não se aplica.

Ferramentas:

Plataforma São Paulo Sem Papel.

Plataforma de Documentos Institucional.

CONCEITOS E FUNÇÕES:

Departamento solicitante: departamento cujo o qual o cargo em comissão está sob sua responsabilidade nos moldes da legislação.

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:

A nomeação de cargo em comissão ocorrerá mediante análise do Departamento de Gestão de Pessoas (DGP) e do Diretor do Departamento solicitante, diretamente ligados ao cargo para o qual o candidato será nomeado.

O processo para nomeação ocorrerá por etapas:

1. O departamento solicitante será responsável pela seleção dos currículos, os quais deverão ser solicitados ao Núcleo de Ingresso, responsável pelo recebimento e administração dos mesmos, e após selecionados os candidatos, o departamento solicitante irá encaminhar ao Departamento de Gestão de Pessoas (DGP), no e-mail , **até os últimos sete dias úteis de cada mês**, os currículos de, no mínimo, 03 (três) candidatos selecionados para o cargo em comissão. A Gerência de Ingresso (GI) fará uma primeira análise de leitura curricular;
2. Após a primeira análise, a GI irá informar ao Departamento solicitante, em resposta ao e-mail original, a devolutiva a respeito da aprovação ou não dos currículos para realização do processo seletivo;
3. O processo seletivo será realizado por meio de entrevistas pautadas em conhecimentos e



Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Marília
Núcleo de Gestão de Processos e Qualidade

habilidades características do cargo, nas quais o DGP é o responsável por reservar o local, horário e entrar em contato com os candidatos dos currículos selecionados, passando as informações necessárias. **Esta etapa deverá ser iniciada e concluída, até os sete primeiros dias úteis do mês;**

4. A entrevista será realizada pelo Diretor Técnico I do Núcleo de Ingresso (NI) do DGP, sendo que, na ausência do mesmo, poderá ser substituído por quem o Diretor Técnico III do DGP designar, e dois líderes do Departamento solicitante;

5. Selecionado o candidato, o Núcleo de Ingresso (NI) deverá entrar em contato com os candidatos não aprovados para este processo seletivo e informá-lo sobre o preenchimento da vaga e que o currículo permanecerá no banco de dados para concorrer a novas oportunidades;

5.1 Todo o processo anterior a indicação deverá constar em pasta relacionado ao cargo em comissão concorrente, que deverá ser arquivado junto ao NI do DGP, para eventuais fiscalizações.

5.2 Selecionado o candidato, o Diretor do Departamento solicitante, por meio da Plataforma Institucional, deverá oficializar a indicação do candidato ao cargo em comissão criando: Documento de Indicação para Nomeação, nele incluindo o documento Memorando de Indicação, conforme **Anexo I**;

5.3 O Documento de Indicação para Nomeação deverá ser tramitado para a mesa virtual do NI do DGP do HCFAMEMA.

6. O NI entrará em contato com o candidato, informando por e-mail a Relação de Documentos Necessários para primeira etapa da admissão: 1º Currículo; 2º Registro Geral (RG), 3º Cadastro de Pessoa Física (CPF), 4º Título de Eleitor com comprovante de votação da última eleição ou certidão de quitação eleitoral do TSE e quando homem apresentar o certificado de reservista ou dispensa da incorporação, 5º Diploma de Graduação, 6º Histórico de Graduação, 7º Carteira de Trabalho e/ou outro documento comprobatório válido que comprove a experiência para o cargo em comissão, e agendará o dia com horário para comparecimento ao DGP para apresentação dos documentos originais, necessários para primeira **etapa de análise documental do candidato ao cargo em comissão**;

6.1 Após conferências dos documentos pessoais, o Núcleo de Ingresso realizará a digitalização dos mesmos, onde deverão ser salvos na unidade de rede “J”; “Gerência de Pessoas”; ” Admissão; “Comissionados”; “Lei 1080” (para os cargos administrativos); ou “Lei 1157” (para os cargos da saúde), em pasta com o nome do candidato e renomeados conforme a especificação de cada documento;

6.2 O NI deverá realizar a Consulta de Qualificação Cadastral do e-Social por meio do endereço , e caso apresente inconsistência cadastral, o candidato será orientado a regularizar a inconsistência e, somente após a regularização, será dado andamento no procedimento e na impossibilidade de regularização o procedimento será arquivado.

6.3 O NI analisará os ritos legais de garantia de acesso (impeditivos legais e dentre outros), requisitos de desempenho e currículo do candidato.

7. Se estiver de acordo com o estabelecido no item 6 deste Procedimento Operacional, o NI irá incluir no Documento de Indicação para Nomeação a análise curricular para investidura ao cargo em comissão por meio de memorando, assinado pelo Diretor Técnico III do DGP e pelo Diretor Técnico I do NI (**Anexo II**), em seguida, devendo ser capturados os documentos pessoais do candidato: 1º Currículo; 2º Registro Geral (RG), 3º Cadastro de Pessoa Física (CPF), 4º Título de Eleitor com comprovante de votação da última eleição ou certidão de quitação eleitoral do TSE e quando homem apresentar o certificado de reservista ou dispensa da incorporação, 5º Diploma de Graduação, 6º Histórico de Graduação, 7º Carteira de Trabalho e/ ou outro documento comprobatório válido que comprove a experiência para o cargo em comissão; tramitando à



Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Marília
Núcleo de Gestão de Processos e Qualidade

Superintendência para deferimento ou indeferimento, nos moldes do artigo 14, V, “h” do Estatuto do HCFAMEMA (Decreto n. 63.531, de 28 de junho de 2018):

7.1 O DGP ao enviar a documentação para deferimento ou indeferimento da Superintendência, já deverá agendar dia e horário na agenda do Superintendente ou seu substituto para conhecer a pessoa indicada pelo Diretor solicitante e subsidiar na tomada da decisão;

7.2 Após, a Superintendência poderá:

7.2.1 Indeferir o Documento de Indicação para Nomeação, que deverá retornar ao NI para comunicação do Diretor do Departamento solicitante sobre a decisão e, posteriormente, ao candidato indicado;

7.2.2 Deferir o Documento de Indicação para Nomeação, que deverá retornar ao NI para comunicação do Diretor do Departamento e contato com o candidato para solicitar a entrega dos demais documentos necessários para admissão, sendo: Carteira Nacional de Habilitação - CNH, quando houver; foto 3x4; comprovante do Banco do Brasil contendo o número da Agência e conta corrente; comprovante de residência; certidão de nascimento ou casamento; Declaração de Exercício de outro cargo em emprego ou função em Serviço Público (**Anexo III**), quando houver; Carteira de Vacinação; Certidão de Nascimento e CPF dos filhos menores de 18 anos de idade; Carteira de Vacinação dos Filhos menores de 14 anos de idade; **que deverão ser arquivadas sequencialmente em prontuário físico e digital.**

8. No ato da entrega da segunda e última parte da documentação para nomeação da publicação, o NI entregará ao candidato as declarações específicas para preenchimento: Termo de Anuência (**Anexo IV**); Ficha Cadastral (**Anexo V**); Declaração de Cargo em Comissão (**Anexo VI**); Declaração de Bens (**Anexo VII**); Declaração de Recadastramento Anual (**Anexo VIII**); Declaração de Inelegibilidade (**Anexo IX**); Declaração de Antecedentes Criminais (**Anexo X**); Declaração de Aposentadoria (**Anexo XI**); Declaração de Raça Deficiência (**Anexo XII**); Declaração de Parentesco (**Anexo XIII**); Requerimento quando Morar Fora da Cidade (**Anexo XIV**); Declaração Salário Família (**Anexo XV**); Declaração de Exercício de outro cargo - Empregado e Empregador/ Declaração de Acúmulo de Cargo (**Anexo XVI**); Declaração de Imposto de Renda Dependentes (**Anexo XVII**); Declaração de Ciência de Inclusão de Agregado IAMSPE (**Anexo XVIII**); Autorização de uso de imagem (**Anexo XIX**); Declaração Salarial por Exercício (**XX**): **que deverão ser arquivadas sequencialmente em prontuário físico e digital.** Após preenchimento deverão ser digitalizados e salvos na unidade de rede “J”; “Gerência de Pessoas”; “Admissão”; “Comissionados”; “Lei 1080” (para os cargos administrativos); ou “Lei 1157” (para os cargos da saúde), em pasta com o nome do candidato e renomeados conforme a especificação de cada documento;

8.1 No ato da entrega da segunda e última parte da documentação, após assinatura das declarações, estando todos os documentos devidamente corretos, o candidato será informado, sobre: **a data da publicação da portaria, da posse e início do exercício do cargo em comissão que sempre ocorrerá no primeiro dia útil de cada mês;**

8.2 **É requisito indispensável** ao servidor em cargo em comissão para exercer suas atividades no HCFAMEMA a realização do Programa de Imersão de Líderes – PERTENCER, **sendo que este sempre iniciará no primeiro dia útil da admissão do servidor**, ressalvados casos em que o servidor já realizou o Programa e apenas haverá a mudança de função, desde que o mesmo tenha realizado no prazo de 1 (um) ano; poderá ser-lhe exigido a participação em caso de atualizações;



Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Marília
Núcleo de Gestão de Processos e Qualidade

8.3 **É requisito indispensável** ao servidor em cargo em comissão realizar no prazo, máximo, de 90 (noventa) dias da admissão o Programa de Desenvolvimento de Líderes – LIDERA disponibilizado no site do HCFAMEMA. Ao final, será emitido certificado a ser entregue uma cópia ao Núcleo de Cadastro e Registro Funcional (NCRF) que arquivará e monitorará o cumprimento do prazo, em caso de descumprimento deverá comunicar ao Diretor Técnico III do DGP que comunicará à Superintendência para devidas providências necessárias.

9. O NI por meio da Plataforma Institucional, irá solicitar que o Diretor imediato ou mediato preencha o Formulário Checklist de Dispositivos a serem liberados, conforme **Anexo XXI**;

9.1 O NI, por meio da Plataforma Institucional, irá elaborar a Portaria de Nomeação para assinatura do Superintendente do HCFAMEMA (**Anexo XXII**);

9.2 Após assinatura da Portaria de nomeação, o Núcleo de Ingresso salvará a Portaria de nomeação na unidade de rede “J”; “Gerência de Pessoas”; “Admissão”; “Comissionados”; “Lei 1080” (para os cargos administrativos); ou “Lei 1157” (para os cargos da saúde), em pasta com o nome do candidato e renomeados conforme a especificação de cada documento e deverá elaborar a Lauda para Nomeação e encaminhar por e-mail ao Núcleo de Folha de Pagamento (NFP) até às 15:30 horas para publicação no Diário Oficial do Estado (DOE-SP).

9.3 No dia seguinte após publicação da Lauda de nomeação, o NFP consultará no site do DOE a publicação enviada e salvará na unidade de rede “J”; “Gerência de Pessoas”; “Admissão”; “Comissionados”; “Lei 1080” (para os cargos administrativos); ou “Lei 1157” (para os cargos da saúde), em pasta com o nome do servidor e renomeados conforme a especificação de cada documento;

10. O NI enviará por e-mail a Superintendência, Chefia de Gabinete, DGP, Departamentos Assistenciais e Administrativos a relação de servidores nomeados, com os respectivos cargos, locais de atuação e a data da posse e exercício do cargo, e:

10.1 O NI deverá preencher o Termo de Posse (**Anexo XXIII**) e a Ficha de Assentamento do servidor nomeado (**Anexo XXIV**);

10.2 O NI irá elaborar o crachá para o servidor nomeado e solicitará junto aos Departamentos responsáveis a liberação de acesso aos dispositivos institucionais listados no Formulário Checklist de Dispositivos a Serem Liberados (**Item 9 - Anexo XXI**);

10.3 O NI irá informar a GP, NPF e NCRF através do endereço eletrônico: sobre a contratação para fins de cadastros;

10.3.1 **O NCRF irá preencher o cadastro do servidor nomeado no FAMEMA SISTEMAS-DGP, Sistema Único de Cadastro de Cargos e Funções-Atividades (SICAD) da Unidade Central de Recursos Humanos (UCRH) e no Sistema de Divisão de Auditoria Eletrônica de São Paulo (AUDESP) do Tribunal de Contas do Estado de São Paulo (TCE-SP);**

10.3.2 **A Gerência de Pessoas (GP) deverá cadastrar o servidor nomeado no sistema: PRODESP - Lançamento de Cadastros (LACA);**

10.3.3 O NI irá agendar e informar o servidor nomeado, o local e data a realizar o Exame de Saúde Ocupacional, que será custeado pelo servidor nomeado, sem direito a reembolso do valor pelo HCFAMEMA.



Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Marília
Núcleo de Gestão de Processos e Qualidade

11. Na data da posse e início do exercício do cargo, o servidor em cargo de comissão deverá apresentar a Gerência de Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho (GESMT) o Atestado de Saúde Ocupacional (ASO), no qual conste que ele está apto para o desempenho do cargo, sendo o GESMT responsável pela digitalização do ASO e salvar na unidade de rede “J”; “Gerência de Pessoas”; “Admissão”; “Comissionados”; “Lei 1080” (para os cargos administrativos); ou “Lei 1157” (para os cargos da saúde), em pasta com o nome do candidato e renomeados conforme a especificação de cada documento, arquivado no prontuário digital e físico do servidor;

12. O NI entregará ao servidor, crachá e o login de acesso aos dispositivos institucionais;

12.1 O servidor nomeado obrigatoriamente participará do Programa de Imersão de Líderes - PERTENCER com duração de 26 horas, divididas em 04 (quatro) dias;

12.2 Concluído PERTENCER, o NI fará a inclusão do novo servidor no grupo institucional denominado “Empossados” no aplicativo Whatsapp.

13. A GP, é responsável pelo prontuário físico e digital do servidor, assim sendo por meio da Plataforma Institucional, criará o Prontuário Funcional dos servidores nomeados, devendo nele ser juntados: o Expediente de Indicação de Nomeação, os documentos pessoais necessários para contratação, as Declarações, a Consulta de Qualificação Cadastral do e-Social, a Portaria de nomeação, a publicação da nomeação no DOE-SP, o Atestado Médico Ocupacional, o Termo de Posse, Ficha de Assentamento e as Declarações citadas no item 8 deste Procedimento, de forma sequencial, numérica, rubricada e assinada.

14. Para os cargos de Diretores a GP irá elaborar a Portaria de Gratificação e de Representação para assinatura do Superintendente;

14.1 Após assinatura do Superintendente, a GP salvará a Portaria de Gratificação de Representação na unidade de rede “J”; “Gerência de Pessoas”; “Admissão”; “Comissionados” “Lei 1080” (para os cargos administrativos); ou “Lei 1157” (para os cargos da saúde), em pasta com o nome do servidor e renomeados conforme a especificação;

14.2 A GP enviará a Lauda para publicação no DOE-SP, e no dia seguinte consultará a publicação da nomeação salvando-a na unidade de rede;

14.3 A GP incluirá no Prontuário Funcional físico e digital do servidor a Portaria de Gratificação de Representação e a publicação da nomeação do DOE-SP.

ORIENTAÇÕES GERAIS:

A posse e exercício ocorrerão somente na primeira segunda-feira, ou dia último na sequência;

No mês de dezembro não ocorrerá posse e exercício de cargo em decorrência do fechamento dos Sistemas do Estado;

O novo cargo em comissão terá o prazo de 15 dias, após o término do PERTENCER, para realizar o curso de treinamento ofertado pela Plataforma São Paulo Sem Papel e entregar o certificado no NI do DGP;



Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Marília
Núcleo de Gestão de Processos e Qualidade

O novo cargo em comissão terá o prazo, máximo, de 90 dias, após o término do Programa de Imersão de Líderes - PERTENCER, para assistir o Programa de Desenvolvimento de Líderes - LIDERA, devendo ao final responder a avaliação de reação e entregar o certificado ao NCRF do DGP.

PRAZOS:

Período para todo o trâmite da nomeação: dos dias 01 a 20 de cada mês;

Nos últimos sete dias úteis de cada mês: o departamento solicitante encaminhará ao DGP, no e-mail, os currículos de, no mínimo, 03 (três) candidatos selecionados para o cargo em comissão;

Sempre nos sete primeiros dias úteis do mês: Será realizado o processo seletivo;

Posse e exercício: primeira segunda-feira, sequencial de 4 dias úteis do mês seguinte da indicação para nomeação;

Envio de Lauda ao NFP: até às 15:30 horas.

REFERÊNCIAS:

BRASIL. **Lei complementar nº 180 de 12 maio de 1978, artigo nº 59-A.** Disponível em: . Acesso em: 05 de jun. 2023.

BRASIL. **Lei complementar nº 1080 de 17 de dezembro de 2008.** Disponível em: . Acesso em: 05 de jun. 2023.

BRASIL. **Lei complementar nº 1157 de 02 de dezembro de 2011.** Disponível em: . Acesso em: 05 de jun. 2023.

SÃO PAULO. **Lei Complementar n. 1.262 de 05 de maio de 2015.** Disponível em: . Acesso em: 05 de jun. 2023.

SÃO PAULO. **Decreto n. 63.531 de 28 de junho de 2018.** Disponível em: . Acesso em: 05 de jun. 2023.

SÃO PAULO. **Cartilhas Temáticas da Secretaria de Estado da Saúde do Estado de São Paulo (SES-SP).** Disponível em: . Acesso em: 29 mar. de 2023.

Elaborador: Cristiane Regina Antonio - Diretor Técnico I Núcleo de Ingresso.

Marília, 06 de junho de 2023.

Aline Andressa Cristal dos Santos
Diretor Técnico III
Departamento de Gestão de Pessoas

Amanda Scombate Deodato Luizetti



Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Marília
Núcleo de Gestão de Processos e Qualidade

Diretor Técnico I
Núcleo de Gestão de Processos e Qualidade



ANEXO I

Memorando

Assunto:

Sra. / Sr.

(texto), ... por meio deste, encaminha indicação paracargo em comissão:

| Indicad a | Cargo de Origem | Cargo Indicado | Estrutura Organizacional |
|--------------|-----------------|-------------------|-----------------------------|
| | | | |

Sem mais para o momento, nos colocamos à disposição para quaisquer esclarecimentos.

Atenciosamente,

Marília, ____ de _____ de
202__.

(Gestor Mediato)

Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Marília - HCFAMEMA
Rua Dr. Reinaldo Machado 255 | Fragata | CEP: 17519-080 | Marília, SP
Fone: (14) 3434-2525 | CNPJ: 24.082.016/0001-59



ANEXO II

A
Superintendência

Prezado (a),

Cumprimentando-a (o) cordialmente, e:

Posto a indicação ao cargo em comissão de _____, para atuar junto a _____.

Visto sua **Graduação** em _____, e **experiências profissionais** como:

- _____
- _____
- _____

Informo que o cargo pretendido pertence à **L.C (nº 1.080/2008) ou (nº 1.157/2011)** e os **requisitos para investidura conforme o Anexo IV.**

(CARGO):

- Graduação em curso de nível superior.
- Experiencia Profissionais, em assuntos relacionados, comprovado de no mínimo, ____ (conforme exigência do cargo).

Desta forma, encaminho a Vossa Senhoria para deliberações, **conforme no artigo 14, V, "h", do Decreto n. 63.531, de 28 de junho de 2018.**

Atenciodamente.

(assinatura do Superintendente)

Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Marília - HCFAMEMA
Rua Dr. Reinaldo Machado 255 | Fragata | CEP: 17519-080 | Marília, SP
Fone: (14) 3434-2525 | CNPJ: 24.082.016/0001-59





AXEXO IV

TERMO DE ANUÊNCIA

Eu, _____, RG: _____, declaro que estou de acordo em ser nomeado para exercer o cargo em comissão de _____, junto ao _____, do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Marília - HCFAMEMA, em regime de _____ horas semanais de trabalho.

Marília, aos ____ de _____ de 20 ____.

Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Marília - HCFAMEMA
Rua Dr. Reinaldo Machado 255 | Fragata | CEP: 17519-080 | Marília, SP
Fone: (14) 3434-2525 | CNPJ: 24.082.016/0001-59





SÃO PAULO
GOVERNO DO ESTADO
SÃO PAULO SÃO TODOS

ANEXO V
FICHA CADASTRAL

| | |
|----------------------------|---|
| Cargo / Função: | () Cargo Permanente - C.L.T. () Cargo Comissionado - ESTATUTÁRIO |
| Setor / Seção de Trabalho: | |

DADOS PESSOAIS

| | | | |
|---|---|---|----------------|
| Nome: | | | |
| Residente a () Rua () Avenida () Travessa () Alameda ()Praça | Nº.: | Compl.: | |
| Bairro: | Cidade: | CEP: | |
| Tel.Residencial: | Celular: | Tel.Recado: | |
| Email: | | | Raça/Cor: |
| Data de Nascimento: | Natural de: | UF: | Nacionalidade: |
| Estado Civil: | Nº de Filhos: | Nível de Escolaridade: | |
| Nome do Pai: | | | |
| Nome da Mãe: | | | |
| RG.: | Órgão e Estado Emissor: | CPF: | |
| Nº do Registro do Conselho de Classe: | Possui Nº PIS / PASEP: () SIM () NÃO | Possui conta no Banco do Brasil: () SIM () NÃO | |

DADOS PROFISSIONAIS

| |
|---|
| Ano do 1º Emprego: _____ ou () Nunca trabalhei |
|---|

Caso trabalhe ou tenha trabalhado em Empresa Pública responda:

| | |
|--|--------------------------------------|
| Ano de início no Serviço Público: | Nome da Unidade: |
| Regime Jurídico: | Data do desligamento: ____/____/____ |
| No momento possui algum vínculo no Serviço Público? () Sim () Não (Se "SIM" responda abaixo): | |
| Na Esfera Pública: () Federal () Estadual () Municipal () Autarquia () Fundação | |
| Regime jurídico: ()Efetivo ()Lei 500/74 ()CLT ()Contrato por Tempo Determinado-CTD ()Outro: _____ | |
| Nome da Unidade: | Setor/Seção de Trabalho: |
| Dias da Semana: | Horário: |

Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Marília - HCFAMEMA
Rua Dr. Reinaldo Machado 255 | Fragata | CEP: 17519-080 | Marília, SP
Fone: (14) 3434-2525 | CNPJ: 24.082.016/0001-59



HCFAMEMACA/P202329909A





VIRE →

FORMAÇÃO ACADÊMICA

ÁREA:

INSTITUIÇÃO:

ANO DE CONCLUSÃO: ____/____/____

OUTROS CURSOS REALIZADOS

(Especificar cursos realizados que julgar pertinente – especializações, extensões, aperfeiçoamento, etc.)

CONHECIMENTOS EM INFORMÁTICA

| | | | |
|-------------|------------|-------------------|--------------|
| WORD | () Básico | () Intermediário | () Avançado |
| EXCEL | () Básico | () Intermediário | () Avançado |
| POWER POINT | () Básico | () Intermediário | () Avançado |
| INTERNET | () Básico | () Intermediário | () Avançado |
| OUTROS | | | |

CONHECIMENTOS EM LÍNGUA ESTRANGEIRA

Possui? () Não () Sim

Se "Sim" responda abaixo:

| | | | |
|-----------|------------|-------------------|--------------|
| INGLÊS | () Básico | () Intermediário | () Avançado |
| ESPAANHOL | () Básico | () Intermediário | () Avançado |
| OUTROS | | | |

EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL / ÁREA DE ATUAÇÃO

(Especificar local, tempo de serviço, função exercida e breve descrição das atividades desenvolvidas)

DECLARO SEREM VERDADEIRAS AS INFORMAÇÕES POR MIM PRESTADAS.

Marília, ____ de _____ de 20 ____.

Assinatura: _____



ANEXO VI

DECLARAÇÃO

Eu,

_____, **RG:**
_____, declaro para fins de nomeação para exercer o cargo em comissão
de _____, junto ao
_____, do Hospital das Clínicas
da Faculdade de Medicina de Marília - HCFAMEMA, que não exerço função de direção, gerência
ou administração em entidades que mantenham contrato ou convênio com o Sistema Único de
Saúde – SUS, ou seja, por este credenciada.

Marília, aos ___ de _____ de 2023.

(assinatura)

Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Marília - HCFAMEMA
Rua Dr. Reinaldo Machado 255 | Fragata | CEP: 17519-080 | Marília, SP
Fone: (14) 3434-2525 | CNPJ: 24.082.016/0001-59



ANEXO VII

(Declaração de bens prevista no Artigo 1º do Decreto 41.865/97, alterado pelo Decreto 43.199/98)
Resolução SJDC – 7, de 26/03/99

| Nome: | | | |
|---|--|-------------------------------------|---------------------|
| Endereço: | | lemento: | |
| Bairro: | | e: | |
| da Residência: | | do Serviço: | |
| Cargo ou Função: | | | |
| Órgão: | | | |
| Período | | as auferidas no ano base (Em Reais) | |
| Exercício | Ano Base | a Bruta | : |
| | | posto Retido na Fonte | : |
| | | receita Líquida | : |
| Item | Discriminação Espécie, data e valor da aquisição e de venda quando for o caso | Situação em 31 de dezembro | |
| | | Ano Base Anterior | Ano Base Declaração |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| Item | Discriminação Dívidas e Ônus reais existentes no período | Situação em 31 de dezembro | |
| | | Ano Base Anterior | Ano Base Declaração |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| Observações: | | | |
| ente declaração inclui os bens do casal e dos dependentes | | | nº |
| _____ / _____ / _____ | | Assinatura: | |



ANEXO VIII

DECLARAÇÃO

Eu, _____, RG _____,
(função/cargo) _____ lotação _____ declaro
ser de minha responsabilidade:

- O recadastramento anual obrigatório, no mês do aniversário do servidor nos termos do Decreto nº 52691/2008.
(HTTPS://recadastramentoanual.gestaopublica.sp.gov.br/)
- A entrega da cópia do (s) comprovante (s) eleitoral após as votações, nos termos do art. 47, inciso IV da Lei 10.261/68.
- A entrega anual da cópia da Declaração Imposto de Renda ou Declaração de Bens, nos termos do Decreto 41.865 de 16 publicado em 17 de junho de 1997.
- A entrega da Certidão de Contagem de Tempo de Serviço Público em órgãos do Estado de São Paulo para inclusão de vantagens (Modelo 101 – Quinquênio, Sexta-Parte, Licença-Prêmio), (se houver).
- Manter atualizados os dados pessoais junto ao Centro de Pessoal.
- 2ª via do crachá pagamento no valor de R\$ 20,00, isenção nos casos de furto ou roubo e cópia do Registro do Boletim de Ocorrência. Em caso de movimentação por transferência, rescisão, dispensa ou exoneração, há a necessidade de devolução.

Marília, ____ de _____ de 20 ____.

(ASSINATURA)

Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Marília - HCFAMEMA
Rua Dr. Reinaldo Machado 255 | Fragata | CEP: 17519-080 | Marília, SP
Fone: (14) 3434-2525 | CNPJ: 24.082.016/0001-59





SÃO PAULO
GOVERNO DO ESTADO
SÃO PAULO SÃO TODOS

ANEXO IX

DECLARAÇÃO

Eu, _____, nacionalidade: _____, estado civil: _____, documento de identidade: _____, CPF: _____, declaro ter pleno conhecimento das disposições contidas no Decreto nº 57.970, de 12 de abril de 2012.

Declaro ainda, sob as penas da lei, não incorrer em nenhuma das hipóteses de inelegibilidade previstas em lei federal.

Assumo, por fim, o compromisso de comunicar a meu superior hierárquico, no prazo de 30 (trinta) dias subsequentes à respectiva ciência, a superveniência de:

- a) enquadramento em qualquer hipótese de inelegibilidade prevista em lei federal;
- b) instauração de processos administrativos ou judiciais cuja decisão possa importar em inelegibilidade, nos termos de lei federal.

Marília-SP, ___ de _____ de 20___

Nome e Assinatura

Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Marília - HCFAMEMA
Rua Dr. Reinaldo Machado 255 | Fragata | CEP: 17519-080 | Marília, SP
Fone: (14) 3434-2525 | CNPJ: 24.082.016/0001-59



HCFAMEMACA/P202329909A



ANEXO X

DECLARAÇÃO

Eu, _____, RG:
_____, declaro para os devidos fins, que resido à
_____, nº _____, Bairro:
_____, na cidade de _____ e sob as penas da Lei, que
sou pessoa de comprovada idoneidade moral, nada havendo que possa me desabonar.

DECLARO, outrossim, nunca ter infringido as Leis em vigor no País e que não
existe em andamento nas Varas competentes da Justiça, qualquer processo-crime em que sou
indiciado como autor ou co-autor.

Marília, aos ____ de _____ de 202__.

(assinatura)

Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Marília - HCFAMEMA
Rua Dr. Reinaldo Machado 255 | Fragata | CEP: 17519-080 | Marília, SP
Fone: (14) 3434-2525 | CNPJ: 24.082.016/0001-59





SÃO PAULO
GOVERNO DO ESTADO
SÃO PAULO SÃO TODOS

ANEXO XI
DECLARAÇÃO

Nome: _____ RG: _____

DECLARO, para os devidos fins, que:

() sou aposentado () não sou aposentado

Os campos abaixo somente deverão ser preenchidos no caso do declarante ser aposentado.

DECLARO, para os devidos fins, que sou aposentado (a) por _____

Anexar cópia, documento relativos à sua aposentadoria.

Marília ___ de _____ de 202__.

Assinatura

Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Marília - HCFAMEMA
Rua Dr. Reinaldo Machado 255 | Fragata | CEP: 17519-080 | Marília, SP
Fone: (14) 3434-2525 | CNPJ: 24.082.016/0001-59



HCFAMEMACA/P202329909A



ANEXO XII

DECLARAÇÃO

Eu, _____ R.G: _____, declaro para fins de
informação pertinente aos Recursos Humanos:

Raça: () Branco
() Negro
() Amarelo
() Pardo
() Indígena

Deficiência : () Não () Sim.

Qual: _____

Assinatura: _____

Data: ____/____/____

Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Marília - HCFAMEMA
Rua Dr. Reinaldo Machado 255 | Fragata | CEP: 17519-080 | Marília, SP
Fone: (14) 3434-2525 | CNPJ: 24.082.016/0001-59



ANEXO XIII

A que se referem os artigos 1º e 2º do Decreto nº 54.376, de 26 de maio de 2009

DECLARAÇÃO DE PARENTESCO
(SÚMULA VINCULANTE Nº 13 DO STF)

Nome: _____

R.G.: _____

CPF: _____

É cônjuge, companheiro ou parente em linha reta, colateral ou por afinidade, até o terceiro grau, inclusive, da autoridade nomeante ou de servidor do Poder Executivo investido em cargo de direção, chefia ou assessoramento?

SIM

NÃO

Em caso positivo, apontar:

Nome: _____

Relação de Parentesco: _____

Cargo: _____

Informe também a existência de cônjuge, companheiro ou parente em linha reta, colateral ou por afinidade, até o terceiro grau, inclusive, no exercício de cargo de direção, chefia ou assessoramento no âmbito dos Poderes Judiciário ou Legislativo, do Ministério Público, da Defensoria Pública, das Autarquias (inclusive das universidades públicas), das empresas controladas pelo Estado e das fundações instituídas e mantidas pelo Poder Público:

Marília-SP, ____ de _____ de 20 ____.

Declarante

Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Marília - HCFAMEMA
Rua Dr. Reinaldo Machado 255 | Fragata | CEP: 17519-080 | Marília, SP
Fone: (14) 3434-2525 | CNPJ: 24.082.016/0001-59





INFORMAÇÕES ADICIONAIS

DO SERVIDOR

1) Indicar o cargo em comissão ou a função de confiança/gratificada de que é ocupante:

Cargo/função: _____

Órgão/entidade: _____

2) É ocupante de cargo efetivo/função permanente? () S/N

Em **caso positivo**, indicar:

Cargo/função: _____

Órgão/entidade: _____

3) A nomeação/admissão/designação para o cargo em comissão ou função de confiança/gratificada ocorreu antes ou após a edição da Súmula Vinculante nº 13 do Supremo Tribunal Federal, de 29 de agosto de 2008?

Indicar a data: ____ / ____ / ____.

DO PARENTE

1) Indicar o cargo em comissão ou a função de confiança/gratificada de que o parente é ocupante:

Cargo/função: _____

Órgão/entidade: _____

2) O parente é ocupante de cargo efetivo/função permanente? () S/N

Em **caso positivo**, indicar:

Cargo/função: _____

Órgão/entidade: _____

3) A nomeação/admissão/designação do parente para o cargo em comissão ou função de confiança/gratificada ocorreu antes ou após a edição da Súmula Vinculante nº 13 do Supremo Tribunal Federal, de 29 de agosto de 2008?

Indicar a data: ____ / ____ / ____.



ANEXO XIV

Ao

Eu, _____, **RG:** _____, residente na Rua _____, nº _____, Bairro: _____, em (cidade), indicada para exercer em comissão o cargo de _____, junto ao _____, do Departamento/Gerência _____, do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Marília – HCFAMEMA, localizado na cidade de Marília, conforme segue endereço no rodapé, vem requerer nos termos do artigo 241, VII da Lei 10.261/68, autorização para continuar residindo na cidade de Marília, não havendo prejuízo em meu horário normal de trabalho.

Distância entre _____ e Marília: _____ km.

Marília, aos ____ de _____ de 20 ____.

(assinatura)

Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Marília - HCFAMEMA
Rua Dr. Reinaldo Machado 255 | Fragata | CEP: 17519-080 | Marília, SP
Fone: (14) 3434-2525 | CNPJ: 24.082.016/0001-59



ANEXO XV

DECLARAÇÃO PARA EFEITO DE SALÁRIO – FAMÍLIA

| | |
|-------------------------|--|
| SERVIDOR | |
| RG | |
| CARGO/FUNÇÃO | |
| LOCALIDADE | |
| NOME DO CÔNJUGE | |
| PROFISSÃO DO CÔNJUGE | |
| ONDE TRABALHA O CÔNJUGE | |
| RESIDÊNCIA | |

Declaro, nos termos do artigo 6º e parágrafo único; da Lei nº 201, de 01 de Dezembro de 1.948, que são meus dependentes os constantes do quadro no verso desta declaração.

Marília, ____ de _____ de 20____.

Assinatura

Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Marília - HCFAMEMA
Rua Dr. Reinaldo Machado 255 | Fragata | CEP: 17519-080 | Marília, SP
Fone: (14) 3434-2525 | CNPJ: 24.082.016/0001-59



| | |
|--------------------|--|
| NOME | |
| PARENTESCO | |
| RG | |
| CPF | |
| DATA DE NASCIMENTO | |

| | |
|--------------------|--|
| NOME | |
| PARENTESCO | |
| RG | |
| CPF | |
| DATA DE NASCIMENTO | |

| | |
|--------------------|--|
| NOME | |
| PARENTESCO | |
| RG | |
| CPF | |
| DATA DE NASCIMENTO | |

| | |
|--------------------|--|
| NOME | |
| PARENTESCO | |
| RG | |
| CPF | |
| DATA DE NASCIMENTO | |

Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Marília - HCFAMEMA
Rua Dr. Reinaldo Machado 255 | Fragata | CEP: 17519-080 | Marília, SP
Fone: (14) 3434-2525 | CNPJ: 24.082.016/0001-59





ANEXO XVI

(IDEM ANEXO III)

Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Marília - HCFAMEMA
Rua Dr. Reinaldo Machado 255 | Fragata | CEP: 17519-080 | Marília, SP
Fone: (14) 3434-2525 | CNPJ: 24.082.016/0001-59





ANEXO XVII
DECLARAÇÃO DE ENCARGOS DE FAMÍLIA PARA FINS DE IMPOSTO DE RENDA

I

EM OBEDIÊNCIA À LEGISLAÇÃO DO IMPOSTO DE RENDA, VENHO PELA PRESENTE INFORMAR-LHES QUE TENHO COMO ENCARGO DE FAMÍLIA AS PESSOAS ABAIXO RELACIONADAS:

| | | | |
|-----------------------------|-----------------|------------|--|
| RG | NOME | | |
| RS (Nº DE MATRÍCULA) | CARGO | | |
| ÓRGÃO | UA | | |
| ENDEREÇO RESIDENCIAL | MUNICÍPI | CEP | |

| DEPENDENTES CONSIDERADOS COMO ENCARGOS DE FAMÍLIA | | | | | |
|---|------|------|----------|----------|------------|
| NOME COMPLETO | Sexo | DATA | PARENTES | SITUAÇÃO | OCORRÊNCIA |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| NOTA – O CAMPO "SITUAÇÃO" DEVERÁ SER INFORMADO QUANDO SE TRATAR DE | | | | | |

DECLARO SOB AS PENAS DA LEI, QUE AS INFORMAÇÕES AQUI PRESTADAS SÃO VERDADEIRAS E DE MINHA RESPONSABILIDADE, NÃO CABENDO A V.Sª. (FONTE PAGADORA) QUALQUER RESPONSABILIDADE PERANTE A FISCALIZAÇÃO.

_____/_____/_____
DATA **ASSINATURA** **DO**
SERVIDOR/PENSIONISTA

USO DO DGP/Núcleo Folha de Pagamento:
DADOS INCLUÍDOS NA FOLHA DE PAGAMENTO DO MÊS: ____/____/_____
MÊS/ANO REFERÊNCIA

- OBSERVAÇÕES IMPORTANTES**
- 1 - RENOVAR ESTA DECLARAÇÃO SEMPRE QUE OCORRER ALTERAÇÃO NA SITUAÇÃO DE ALGUM DEPENDENTE.
 - 2 - OS DEPENDENTES COMUNS PODERÃO, OPCIONALMENTE, SER CONSIDERADOS POR QUALQUER UM DOS CÔNJUGES.



ANEXO XVIII

DECLARAÇÃO DE CIÊNCIA DO PRAZO PARA INCLUSÃO DE AGREGADOS COMO BENEFICIÁRIOS DO INSTITUTO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA AO SERVIDOR PÚBLICO ESTADUAL – IAMSPE

Eu, _____, RG. _____, nomeado em Comissão, para o cargo de _____ no Quadro de Pessoal do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Marília, DECLARO, **estar ciente do prazo de 180 (cento e oitenta) dias**, a contar da data da posse, para inscrever os agregados como beneficiários do Instituto de Assistência Médica ao Servidor Público Estadual – IAMSPE, nos termos do disposto nos parágrafos 4º e 6º do artigo 7º do Decreto Lei 257, de 29/05/1970, com nova redação dada pela Lei 11.125, de 11/04/2002.

DECLARO, ainda estar ciente de que após este prazo não poderei efetuar esta inclusão, em caráter irrevogável.

DECLARO estar ciente, que para cada agregado instituído (pais, padrasto e madrasta), haverá contribuição adicional e individual de 2% (até a idade de 59 anos) e 3% (para acima de 59 anos), sobre a remuneração do contribuinte.

Marília-SP, ____ de _____ de 202____.

Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Marília - HCFAMEMA
Rua Dr. Reinaldo Machado 255 | Fragata | CEP: 17519-080 | Marília, SP
Fone: (14) 3434-2525 | CNPJ: 24.082.016/0001-59



ANEXOIX**TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE USO DE IMAGEM**

Neste ato, _____,
nacionalidade _____, estado civil _____, portador da
Cédula de identidade RG nº. _____, inscrito no CPF/MF sob nº
_____, residente à Av/Rua _____
_____, nº. _____, município de
_____/São Paulo. () **AUTORIZO** () **NÃO AUTORIZO** o uso de minha
imagem em todo e qualquer material entre fotos, vídeos e documentos, para ser utilizada no
site e mídias/redes sociais do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Marília -
HCFAMEMA, com sede na Rua Dr. Reinaldo Machado nº 255, CEP: 17.519-080, Bairro Fragata,
Marília - S.P., destinados à divulgação ao público em geral. A presente autorização é concedida
a título gratuito, abrangendo o uso da imagem acima mencionada em todo território nacional e
no exterior, através do site e das mídias/redes sociais do HCFAMEMA. Também () **AUTORIZO**
() **NÃO AUTORIZO** a divulgação da minha data de nascimento na lista de aniversariantes do
mês. Por esta ser a expressão da minha vontade declaro que autorizo o uso acima descrito sem
que nada haja a ser reclamado a título de direitos conexos à minha imagem ou a qualquer
outro.

Marília, ____ de _____ de 2023.

Nome:
Telefone p/ contato:

Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Marília - HCFAMEMA
Rua Dr. Reinaldo Machado 255 | Fragata | CEP: 17519-080 | Marília, SP
Fone: (14) 3434-2525 | CNPJ: 24.082.016/0001-59



HCFAMEMACA/P202329909A



ANEXO XX

DECLARAÇÃO SALÁRIAL POR EXERCÍCIO

Eu, _____, declaro que estou ciente que no exercício de 202_____, o salário para o cargo de _____ é de:

Salário base: R\$ XXX
Gratificação Executiva: R\$ XXX
Gratificação de Representação: R\$ XXX
Prêmio de Incentivo 50%: R\$ XXX
Prêmio de Incentivo 100%: R\$ XXX

Científico que deverei informar imediatamente ao Departamento de Gestão de Pessoas caso apresente em meus holerites (Salário e PIN) valores que não correspondam com a remuneração do cargo ao qual ocupo, e nem com o valor referente ao percentual de nota obtida na avaliação trimestral do Prêmio de Incentivo, para que se averigüe a situação comunicada e proceda-se com a regularização por meio de pagamento de complemento ou de restituição ao erário.

Nome: _____
RG.:

Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Marília - HCFAMEMA
Rua Dr. Reinaldo Machado 255 | Fragata | CEP: 17519-080 | Marília, SP
Fone: (14) 3434-2525 | CNPJ: 24.082.016/0001-59



ANEXO XXI

CHECKLIST DE DISPOSITIVOS À SEREM LIBERADOS

FORMULÁRIO CHECKLIST DE DISPOSITIVOS A SEREM LIBERADOS

Matrícula:
 Nome:
 Cargo:
 Unidade Administrativa:
 Gestor Imediato:
 Data de início do exercício:

Item I – Liberações de responsabilidade do Departamento de Gestão de Pessoas

Sistemas:

- AnyDesk
- GLPI
- Benner
- HCPL
- Email institucional
- Microsoft Teams
- Plataforma SEI.
- Gestão do Colaborador - Ponto Fumes
- SIHOSP 2.0 Gestão do Ponto Famar – Sênior

Item II – Responsabilidade do Gestor da área.

Dispositivos:

- Intranet Programação de férias
- Famema Sistemas
- Gestão do Colaborador - Ponto Fumes
- SIHOSP 2.0 Gestão do Ponto Famar – Sênior
- Cartões de acesso, Token e/ou bancários

Outros dispositivos: _____



ANEXO XXII

PORTARIA

A Superintendente do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Marília – HCFAMEMA, no uso das atribuições que lhe confere o art. 27, inciso II do Decreto nº 52.833/2008, expede a presente Portaria para **NOMEAR**, nos termos do artigo 20, inciso I da LC 180/78, e em conformidade com a LC nº 1.262/2015, _____, RG nº _____, para exercer em comissão e em jornada comum de trabalho, o cargo de _____, Referência _____, da EV-C, a que se refere a LC nº _____ e em suas atualizações, do SQC-I do QHC, junto à _____ do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Marília - **HCFAMEMA**.

(SUPERINTENDENTE)

Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Marília - HCFAMEMA
Rua Dr. Reinaldo Machado 255 | Fragata | CEP: 17519-080 | Marília, SP
Fone: (14) 3434-2525 | CNPJ: 24.082.016/0001-59



ANEXO XXIII

TERMO DE POSSE

Aos ____ dias do mês de _____ do ano de dois mil e _____ e _____ compareceu perante mim, (NOME DO SUPERINTENDENTE), Superintendente, _____, **RG:** _____, a fim de tomar posse no cargo de _____, Referência _____, da EV-C, a que se refere a LC. Nº _____ e suas alterações do SQC-I junto ao Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Marília - HCFAMEMA, para o qual foi nomeado através da Portaria _____/20_____ publicada em _____.____.20_____, nos termos do artigo 20, inciso I, da LC 180/1978.

Satisfeitas as exigências legais, tendo o interessado (a) prometido cumprir bem e fielmente os deveres do cargo, dou-lhe posse nesta data, pelo presente termo para fins de direito.

RG:

Superintendente do HCFAMEMA

Termo lavrado no Departamento de Gestão de Pessoas do HCFAMEMA e conferido após rigoroso exame dos documentos apresentados.

Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Marília - HCFAMEMA
Rua Dr. Reinaldo Machado 255 | Fragata | CEP: 17519-080 | Marília, SP
Fone: (14) 3434-2525 | CNPJ: 24.082.016/0001-59





ANEXO XXIV

| | | | |
|--|---|--|--|
| Órgão SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE Unidade Orçamentária Unidade de Despesa Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Marília - HCFAMEMA | | DDD: 50 Cidade NOMEAÇÃO DATA DE PUBLICAÇÃO DO ATO Nº de /20 | |
| O Superintendente do HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DE MARÍLIA - HCFAMEMA, no uso de sua competência conferida pelo ART. 3º, inciso I, ALÍNEA "C" do Decreto nº 53.889 DE 16/04/2006 expede o presente título. | | | |
| DADOS PESSOAIS | | | |
| NOME | | RG | DTG |
| CPF | SEXO | RAÇA/COR | ESTADO CIVIL |
| NACIONALIDADE | ESPORTULIDADE | ANO CHEGADA AO BRASIL | NACIONALIDADE # ESTRANGEIRO NATURALIZADO |
| TÍTULO DE ELEITOR | ZONA | SEÇÃO | DATA DE EMISSÃO |
| ENDEREÇO RESIDENCIAL (Av/Rua - Nº - Complemento - Bairro - CEP) | | | |
| ESCOLARIDADE | Nº/STELA DO REGISTRO DO CONSELHO OUBIPLONIA | | |
| DADOS FUNCIONAIS | | | |
| CARGO (E.A. - Padrão Único do art. 3º Instrução Conjunta 01/2013) | RAÇA/RF/PIDRÃO | NÍVEL/GRAU | SUBQUADRO |
| CATEGORIA PROFISSIONAL - § 1º da Lei nº 12.187 de 12/12/2011 | | | |
| Código | Denominação | DIPLOMA (Magistério) | |
| NATURALEZA | FORMA DE PROVIMENTO | REGIME JURÍDICO | ESCALA DE VENCIMENTOS/ESTRUTURA DE VENCIMENTOS |
| COMISSÃO | LIVRE NOMEAÇÃO | ESTATUTÁRIO | 185 |
| CÓDIGO DA U.A. | UNIDADE ADMINISTRATIVA (U.A.) - DENOMINAÇÃO | | MUNICÍPIO |
| BANCO | AGÊNCIA | Nº DE CONTA CORRENTE | DIG |
| ACUMULAÇÃO REMUNERADA | | | |
| CARGO/FUNÇÃO-ATIVIDADE | ESFERA | ATO DESSORÇÃO | PUB. DOE |
| VANTAGENS CONCEDIDAS | | | |
| INGRESSO SERV. PUBL. EST. | A.T.S. | SEXTA PARTE | CARGO/FUNÇÃO-ATIVIDADE |
| não | S <input type="checkbox"/> | N <input type="checkbox"/> | |
| DADOS PIS / PASEP | | | |
| NÚMERO PIS | AFILIAÇÃO | | ANO PREVIDENTE |
| PAI | MÃE | | |
| DADOS PARA O PROVIMENTO | | | |
| STELA DO ORÇÃO INCREMENTA | NÚMERO | ZONA | DATA SUPLENÇÃO |
| PROCESSO DE SUPLENÇÃO SEME PROVIMENTO | | FUNDAMENTO LEGAL - ANO PROVIMENTO | |
| ORIGEM DE VAGAS - NOME DO ULTIMO OCUPANTE | ORIGEM DE VAGAS - MOTIVO | PUBLICAÇÃO NO DOE | |
| CARGO SUPERIOR E ANOS DE EXPERIÊNCIA | CARGO CRIADO LC | 07/05/2015 | |
| INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES | | EMISSÃO 04/12/2023 | |
| Declaração | | ASSINATURA / CARIMBO | |
| DECLARO que o(a) interessado(a) acima apresentou toda a documentação comprobatória para a investidura do cargo. | | | |
| DATA: | UNIDADE: | DATA: | UNIDADE: |
| | ASSINATURA/RECONHECIMENTO | | ASSINATURA/RECONHECIMENTO |

Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Marília - HCFAMEMA
Rua Dr. Reinaldo Machado 255 | Fragata | CEP: 17519-080 | Marília, SP
Fone: (14) 3434-2525 | CNPJ: 24.082.016/0001-59



HCFAMEMACAP202329909A

