

**ATO ADMINISTRATIVO Nº 13/2026**

**PROCESSO SELETIVO SIMPLIFICADO Nº 02/2024**

**CONVOCAÇÃO PARA ADMISSÃO**

O Diretor Geral da Fundação Estatal de Saúde de Niterói - FeSaúde, no uso de suas atribuições legais e considerando a homologação do resultado do Processo Seletivo Simplificado Nº 02/2024, destinado à contratação temporária de médicos, para a Fundação Estatal de Saúde de Niterói (FeSaúde), a fim de atuar no Programa Médico de Família (PMF), no Consultório na Rua (CnR) e no Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), regido pela legislação pertinente e normas regulamentares estabelecidas nesta convocação, seus anexos, eventuais retificações e outros atos, torna pública a convocação dos candidatos classificados com vistas à admissão, observadas as condições abaixo especificadas:

**1. DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO (VIA REMOTA)**

**1.1.** Os documentos para admissão deverão ser enviados, no formato PDF, para o e-mail [cadastro@fesaude.niteroi.rj.gov.br](mailto:cadastro@fesaude.niteroi.rj.gov.br), até o dia 26/04/2026, conforme disposto no **Anexo I**;

**1.2.** Lista de documentos para admissão (envio por e-mail):

<b>DOCUMENTOS EXIGIDOS</b>
Cópia da Certidão de Nascimento ou Casamento
Cópia do diploma de conclusão do curso (todos os comprovantes de escolaridade deverão ser fornecidos por Instituição de Ensino reconhecida pelo MEC)
Cópia do RG
Cópia do Cartão CPF
Cópia do Certificado de Reservista (quando for aplicável)
Cópia do Título de Eleitor
Carteira de Trabalho e Prev. Social Digital (caso não possua, obter pelo link <a href="https://www.gov.br/pt-br/servicos/obter-a-carteira-de-trabalho">https://www.gov.br/pt-br/servicos/obter-a-carteira-de-trabalho</a> - não será aceita a CTPS Física, salvo em casos excepcionais)
PIS – Apresentação da Inscrição
Cópia do Comprovante de Residência de água, luz, gás, telefone * emissão inferior a 90 dias
Cópia do Registro do Conselho Profissional (quando for aplicável)
Cópia do Comprovante de pagamento do Conselho Profissional - ano vigente (quando for aplicável)
Certidão Negativa emitida pelo conselho profissional (quando for aplicável)
1 foto 3x4 para crachá - versão digital (.jpg)
CNIS (exigido para Agentes Comunitários de Saúde)
Comprovante de escala para compatibilidade de horário (quando houver outro vínculo, para profissionais de saúde)
Consulta Profissional de Vínculos Ativos CNES <a href="https://cnes.datasus.gov.br/pages/profissionais/consulta.jsp">https://cnes.datasus.gov.br/pages/profissionais/consulta.jsp</a>
Certidão Negativa de Improbidade Administrativa <a href="https://www.cni.jus.br/improbidade_adm/consultar_requerido.php">https://www.cni.jus.br/improbidade_adm/consultar_requerido.php</a>
Declaração completa do IR (ano anterior) - Não enviar digitalmente. A cópia impressa deverá ser entregue no dia da admissão, em envelope devidamente lacrado.

Certidão impressa de regularidade no e-social: <a href="http://consultacadastral.inss.gov.br/Esocial/pages/index.xhtml">http://consultacadastral.inss.gov.br/Esocial/pages/index.xhtml</a> Caso acuse divergências, fazer a gentileza de procurar o órgão informado para regularização, pois somente será aceita a consulta impressa sem divergências. Em caso de primeiro emprego, a FeSaúde fará o cadastramento do PIS e emitirá a certidão.
Certidão de Regularidade CPF (site da Site da Receita Federal) <a href="https://servicos.receita.fazenda.gov.br/servicos/cpf/consultasituacao/consultapublica.asp">https://servicos.receita.fazenda.gov.br/servicos/cpf/consultasituacao/consultapublica.asp</a>
Certidão de Regularidade TRE (site TRE) <a href="https://www.tse.jus.br/eleitor/titulo-e-local-de-votacao/copy_of_consulta-por-nome">https://www.tse.jus.br/eleitor/titulo-e-local-de-votacao/copy_of_consulta-por-nome</a>
Cópia da Caderneta ou atestado de vacinação do profissional, com os registros das seguintes vacinas: Dupla – Tétano e Difteria, Hepatite B, Covid-19
Ficha Cadastral preenchida e assinada (Formulário – Anexo II)
Declaração de cargos/empregos ou funções preenchida e assinada (Formulário – Anexo II)
Declaração de Dependentes Imposto de Renda preenchida e assinada (Formulário – Anexo II)
Termo de Confidencialidade e Sigilo preenchido e assinado (Formulário – Anexo II)
Declaração de Conhecimento preenchida e assinada (Formulário – Anexo II)
Autodeclaração Étnico-Racial preenchida e assinada (Formulário – Anexo II)
Autorização de Uso de Imagem e Voz preenchida e assinada (Formulário – Anexo II)
<b>DEPENDENTES</b>
Cópia da Certidão de Nascimento (filhos até 14 anos)
Cópia da Caderneta de Vacinação (filhos até 06 anos)
Comprovante de escolaridade (filhos até 14 anos)
Cópia da frequência escolar (filhos a partir de 6 anos)
Cópia do CPF de todos os dependentes (obrigatório)

**1.3.** O envio dos documentos deve ser realizado, preferencialmente, em uma única vez, ou seja, que no mesmo email de envio estejam concentrados todos os documentos exigidos no Item 1.2 e os Formulários preenchidos, conforme modelos disponibilizados no **Anexo II**.

## **2. DO LOCAL DE REALIZAÇÃO DA ADMISSÃO**

**2.1.** O processo de admissão dos candidatos será realizado na Rua Santa Clara, 102 – Ponta da Areia – Niterói/RJ.

## **3. DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO PRESENCIAL E EXAME MÉDICO ADMISSIONAL**

**3.1.** Os candidatos deverão comparecer no dia e hora agendados, conforme disposto no **Anexo I**, para apresentação dos documentos originais listados no item 1.2 e realização do exame médico admissional;

**3.2.** Nesta etapa de validação, não serão recebidos documentos de forma parcial, sendo que a falta de qualquer documento impedirá o candidato de realizar o exame clínico admissional.

## **4. DA ESCOLHA DA LOTAÇÃO**

**4.1.** A escolha da lotação será por ordem de pontuação;

**4.1.1.** Em caso de empate, será dada preferência ao candidato com idade mais elevada;

**4.2.** Os locais de trabalho com vagas disponíveis serão informados no dia da entrega da documentação.

## **5. DAS DISPOSIÇÕES FINAIS:**

**5.1.** O não comparecimento no prazo estipulado implicará a renúncia tácita do candidato convocado e, conseqüentemente, a perda do direito à admissão para o emprego para o qual foi aprovado, podendo a FeSaúde convocar o candidato imediatamente posterior, obedecendo a ordem de classificação.

**5.2.** A remarcação do dia para entrega de documentos será realizada mediante apresentação de justificativa, que impossibilite o comparecimento na data estabelecida nesta convocação;

**5.3.** A solicitação de remarcação deverá ser enviada para o e-mail [cadastro@fesaude.niteroi.rj.gov.br](mailto:cadastro@fesaude.niteroi.rj.gov.br) no mesmo dia definido para entrega de documentos, conforme no Anexo I;

**5.4.** O procedimento admissional será presencial, individual e intransferível;

**5.5.** A Fundação Estatal de Saúde de Niterói - FeSaúde se reserva o direito de proceder às convocações para as contratações por etapas, em número que atenda aos interesses e às necessidades da FeSaúde, observada a classificação final e a validade do Concurso.

a) Os Candidatos que não foram classificados dentro do número de vagas ofertadas nos quadros de vagas, formarão Cadastro de Reserva durante a validade do Processo Seletivo Simplificado e, no caso de surgimento de novas vagas, poderão ser convocados pela FeSaúde, para realizar os procedimentos relativos à contratação;

b) O Candidato aprovado que, regularmente convocado, segundo a ordem de classificação final, não comparecer ao endereço indicado e na data marcada pela Fesaúde, para efetivação da contratação, será automaticamente eliminado do Processo Seletivo Simplificado;

c) Os casos omissos e situações não previstas nesta convocação serão avaliados pela Fundação Estatal de Saúde de Niterói.

Niterói, 17 de abril de 2026.

***Maria Celia Valladares Vasconcellos***

***Diretor Geral na Fundação Estatal de Saúde de Niterói***

**ANEXO I**

**CANDIDATOS CONVOCADOS PARA ADMISSÃO (DIA E HORA)**

**LOCAL: Rua Santa Clara, Nº 102 – Ponta da Areia – Niterói/RJ**

**Vaga MÉDICO CONSULTÓRIO NA RUA**

<b>NOME</b>	<b>EMPREGO</b>	<b>CADASTRO UTILIZADO</b>	<b>ORDEM DE CONVOCAÇÃO*</b>	<b>CLASSIFICAÇÃO</b>	<b>DATA</b>	<b>HORA</b>
OTAVIO LUIZ PATATAS SANTOS	MÉDICO CnR	AC	6	6	27/04/2026	09:00
CAROLINE KELLY FONTOURA BEZERRA	MÉDICO CnR	AC	7	7	27/04/2026	09:00
ANA CAROLINA SOUZA DOS SANTOS	MÉDICO CnR	AC	8	8	27/04/2026	09:00

**\*A ORDEM DE CONVOCAÇÃO CONSIDERA A RESERVA DE VAGAS PARA OS CANDIDATOS AUTODECLARADOS COMO PESSOA COM DEFICIÊNCIA OU PRETOS/PARDOS.**

## ANEXO II

## FORMULÁRIOS

**FORMULÁRIO ADMISSINAL**

**DECLARAÇÃO DE CARGOS/ EMPREGOS OU FUNÇÕES**

<b>NOME:</b>			
<b>NOME SOCIAL:</b>			
<b>CPF:</b>		<b>DATA DE NASCIMENTO:</b>	

**Cargo que ocupa na FeSaúde:**

---

DECLARO, sob pena de responsabilidade, para fins de acumulação remunerada que:

( ) Não exerço ( ) Exerço ( ) Outro Cargo ( ) Emprego ( ) Função Pública

Os Campos abaixo somente deverão ser preenchidos no caso do declarante ocupar outro cargo, emprego ou função pública

**1. Identificação da Instituição em que exerce a outra atividade.**

Nome/Unidade:

Endereço:

Telefone:

E-mail:

Cargo/Emprego/Função:

Regime Jurídico:

**2. Carga Horária em que exerce a outra atividade:**

Dia e horário trabalhado:

Carga horária semanal:

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

---

Assinatura

<b>FICHA CADASTRAL</b>				
Emprego/Cargo:		Data de Admissão:		
Unidade de Lotação:		Matrícula:		
<b>Dados do Candidato</b>				
Nome:				
Nome Social:				
Identidade de Gênero:				
Qual é a sua cor ou raça?				
Estado Civil:				
Nacionalidade:		Naturalidade:		Data de Nascimento:
RG:		Órgão Emissor:		Data de Emissão:
CPF:		PIS:		Título de Eleitor:
CTPS:		Série/UF:		Data de Emissão:
Banco:		Agência:		Conta Corrente:
Obs.: As informações bancárias precisam ser do próprio candidato, e só pode ser conta corrente.				
Declaração de IR: Sim ( ) Não ( ) N° de dependentes:				
Nome do pai:				
Nome da mãe:				
Nome do cônjuge (se houver):				
Você é uma pessoa com deficiência ou beneficiário reabilitado/readaptado?		Não ( ) Sim ( )		Qual deficiência?
No caso de pessoa com deficiência ou beneficiário reabilitado/readaptado, necessário preencher formulário específico que será disponibilizado no momento da entrega dos documentos, assim como anexar documento comprobatório, nele descrito.				
<b>Endereço</b>				
Rua/Número/Complemento:				
Bairro:		Cidade/UF:		CEP:
E-mail:				
Telefone:				
<b>Vestuário</b>				
Blusa	P ( ) M ( ) G ( ) GG ( ) XG ( )	Calçado nº:		
Calça	P ( ) M ( ) G ( ) GG ( ) XG ( )	Obs.:		
<b>Escolaridade</b>				
Ensino Fundamental		Completo ( )	Incompleto ( )	( )
Ensino Médio		Completo ( )	Incompleto ( )	( )
Ensino Superior		Completo ( )	Incompleto ( )	( )
Pós-Graduação		Completo ( )	Incompleto ( )	( )
Mestrado ( ) Acadêmico ( ) Profissional		Completo ( )	Incompleto ( )	( )
Outras especializações:				
O candidato é responsável pela exatidão e veracidade das informações prestadas no requerimento de inscrição e qualquer alteração deve ser imediatamente atualizada junto ao RH.				
Assinatura:			Data:	

## FORMULÁRIO DE DEPENDENTES DE IMPOSTO DE RENDA

EMPRESA: FUNDAÇÃO ESTATAL DE SAÚDE DE NITERÓI

UNIDADE DE LOTAÇÃO: \_\_\_\_\_ CENTRO CUSTO \_\_\_\_\_

CARGO: \_\_\_\_\_

### DADOS DO FUNCIONÁRIO

EMPREGADO: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

NOME DO DEPENDENTE	CPF	NASCIMENTO	PARENTESCO

( ) NÃO POSSUO DEPENDENTES.

DECLARO SOB RESPONSABILIDADE CIVIL, PENAL E TRIBUTÁRIA, QUE TODAS AS PESSOAS RELACIONADAS ACIMA SÃO MEUS DEPENDENTES PARA FINS DE IMPOSTO DE RENDA, NA FORMA DA LEI, NÃO CABENDO À FONTE PAGADORA QUALQUER REONSABILIDADE SOBRE AS INFORMAÇÕES POR MIM PRESTADAS. COMPROMETO-ME A COMUNICAR, IMEDIATAMENTE, À FESAUDE, QUALQUER ALTERAÇÃO QUE VENHA OCORRER NA RELAÇÃO ACIMA.

Em: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

## TERMO DE CONFIDENCIALIDADE E SIGILO

Eu \_\_\_\_\_ (Parte Comprometida), inscrito (a) no CPF sob o nº \_\_\_\_\_, assumo o compromisso de manter confidencialidade e sigilo sobre **todos** as informações técnicas e outras geridas pela Fundação Estatal de Saúde de Niterói - FeSaúde por intermédio do Contrato de Gestão nº 001/20, em especial às relacionadas aos dados dos usuários do Sistema Único de Saúde protegidos como **dados pessoais sensíveis** pela Lei 13.709/2018 – Lei Geral de Proteção de Dados.

Cláusula Primeira - Das Definições:

Neste termo, as seguintes expressões serão assim definidas:

- **“Informação administrativa ou gerencial”** significará toda informação escrita, verbal ou apresentada de modo tangível ou intangível, e revelada ou obtida devido às atividades desempenhadas nas unidades geridas pela FeSaúde;
- **“Informação Confidencial”** inclui, mas não se limita, à informação relativa às operações, processos, planos ou intenções, informações sobre produção, instalações, equipamentos, segredos, dados de todos os tipos, habilidade especializadas, projetos, métodos e metodologia, fluxogramas, especificações, produtos, documentações, sistemas computacionais, usuários, senhas de acesso a servidores ou sistemas gerenciadores de banco de dados que estão sob responsabilidade da FeSaúde;

Cláusula Segunda - Do Termo e das Obrigações:

Por este termo de confidencialidade e sigilo comprometo-me:

- A utilizar medidas técnicas e administrativas aptas a proteger os dados pessoais de acessos não autorizados e de situações acidentais ou ilícitas de destruição, perda, alteração, comunicação ou difusão;
- A não utilizar quaisquer informações (administrativas ou gerenciais), confidenciais ou não, a que tiver acesso, para gerar benefício próprio exclusivo e/ou unilateral, presente ou futuro, ou para o uso de terceiros;

- A não efetuar nenhuma gravação ou cópia de documentação, base de dados, sistemas computacionais, informações ou outras tecnologias a que tiver acesso pela FeSaúde;
- A não se apropriar de qualquer material técnico, gerencial ou administrativo que venha a ser disponível durante o período que exercer suas atividades junto à FeSaúde;
- A não repassar o conhecimento das informações, responsabilizando-se por todas as pessoas que vierem a ter acesso às informações, por seu intermédio, e obrigando-se, assim, a ressarcir a ocorrência de qualquer dano e/ou prejuízo oriundo de uma eventual quebra de sigilo ou confidencialidade de todas as informações fornecidas;
- Em cuidar para que as informações confidenciais fiquem restritas ao conhecimento tão somente das pessoas que estejam diretamente envolvidas nas discussões, análises, reuniões e atividades, devendo cientificá-los da existência deste Termo e da natureza confidencial destas informações;
- A Parte Comprometida fica desde já proibida de produzir cópias, por qualquer meio ou forma, de qualquer das informações confidenciais que tenham chegado ao seu conhecimento, sem expressa autorização;
- A garantir o uso das informações a partir de propósitos legítimos, específicos, explícitos e devidamente autorizados, sem possibilidade de tratamento posterior e produção de cópias, por qualquer meio ou forma, de qualquer das informações de forma incompatível com essas finalidades;
- A confidencialidade é obrigatória mesmo após o término das atividades da Parte Comprometida.

Cláusula Terceira - Não será considerada confidencial:

- A que tenha sido revelada em razão de uma ordem válida ou de uma ordem judicial, somente até a extensão de tais ordens, contanto que a Parte Receptora tenha notificado a existência de tal ordem, previamente e por escrito, à Parte Comprometida, dando a esta, na medida do possível, tempo hábil para pleitear medidas de proteção que julgar cabíveis;
- A que estavam no domínio público na data de celebração do presente termo de sigilo e confidencialidade;

- Tornaram-se parte do domínio público depois da data da celebração do presente termo de compromisso, por razões não atribuíveis à ação ou omissão da Parte Compromissada.

Cláusula Quarta – Da Validade:

Este termo tornar-se-á válido a partir da data de sua efetiva assinatura pela Parte Comprometida.

Cláusula Quinta – Das Penalidades:

Caso a Parte Comprometida descumpra quaisquer das obrigações previstas no presente termo, a FeSaúde desencadeará ação de responsabilidade e/ou processo administrativo e ação de indenização, podendo gerar responsabilidade civil, administrativa e penal.

Cláusula Sexta – Do Foro:

O foro competente para dirimir quaisquer controvérsias resultantes da execução deste Instrumento é o da Comarca de Niterói, caso não sejam resolvidos administrativamente.

Por estar de acordo com o exposto, a Parte Comprometida firma o presente termo em duas vias de igual teor e forma, na presença das testemunhas abaixo.

Niterói, \_\_/\_\_/\_\_

---

Parte Comprometida

Testemunha:

Matrícula:

Testemunha:

Matrícula:

## Declaração de Conhecimento Documentos Portal do Empregado/FeSaúde

Por meio desta, o (a) Sr. (a) \_\_\_\_\_,  
matrícula \_\_\_\_\_, CPF \_\_\_\_\_, ocupante do emprego  
\_\_\_\_\_, na Fundação Estatal de Saúde de Niterói – FeSaúde, declara  
ter tomado conhecimento de que as normativas internas sinalizadas abaixo, estão disponíveis para acesso  
no **Portal do Empregado** e se compromete a observar todas as disposições contidas nos referidos  
documentos e a estar atento aos que sejam disponibilizados futuramente neste espaço de  
compartilhamento institucional.

Listagem de documentos disponíveis:

- Protocolo das Relações de Trabalho;
- Código de Ética e Conduta da FeSaúde;
- Programa de Integridade;
- Regulamento PAGC - Processo de Apuração e Gestão de Consequências;
- Plano de Empregos, Salários e Remuneração;
- Liberação de Carga Horária para Atividade Educativa.

Como acessar o Portal do Empregado:

1. Acessar a página: <https://fesaudeportal.admrh.inf.br>;
2. Realizar o login informando o seu nº de Matrícula e o nº de CPF na senha;
3. No menu principal, selecionar o item “Documentos Portal”.

Niterói, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

---

Assinatura

### **AUTODECLARAÇÃO ÉTNICO-RACIAL**

Eu, \_\_\_\_\_, inscrito no CPF sob o nº \_\_\_\_\_, AUTODECLARO, sob as penas da lei, minha raça/etnia sendo:

Branca

Preta

Parda

Amarela

Indígena

*Esta autodeclaração atende a exigência do art. 39, § 8º, da Lei nº 12.288/2010, alterado pela Lei nº 14.553/2023 e da Portaria MTE nº 3.784/2023, que obriga a prestação da informação nas inclusões, alterações ou retificações cadastrais dos trabalhadores ocorridas a partir de 1o de janeiro de 2024, respeitando o critério de autodeclaração do trabalhador, em conformidade com a classificação utilizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE.*

*Por ser expressão da verdade, firmo e assino a presente para que produza seus efeitos legais e de direito.*

Niterói, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

---

Assinatura

## **AUTORIZAÇÃO DE USO DE IMAGEM E VOZ**

Eu \_\_\_\_\_, portador do CPF nº \_\_\_\_\_ Matrícula \_\_\_\_\_, AUTORIZO o uso de minha imagem e voz, sons, conversas, fotografia, vídeo, reprodução impressa, que poderá ser utilizada em informativos, vídeos e sites editados pela FeSaúde, CNPJ 34.906.284/0001-00, com sede na Rua Santa Clara, 102 – Ponta D’Areia – Niterói/RJ, CEP 24.040-050.

A presente autorização é concedida a título gratuito, abrindo mão de qualquer remuneração pela captação, gravação, edição e uso pelo prazo de proteção da obra, previsto na Lei nº 9.610/98, abrangendo o uso da imagem e voz em todo o território nacional e internacional, nas formas de DVD, site, mídias sociais e impressos de forma institucional e de terceiros. Nenhuma das imagens poderá ser comercializada.

Niterói, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

---

Assinatura