

## ATO ADMINISTRATIVO Nº 14/2026

### PROCESSO SELETIVO SIMPLIFICADO Nº 05/2024

#### CONVOCAÇÃO PARA ADMISSÃO

A Diretora 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 05/2024, destinado à contratação temporária de empregados para a Fundação Estatal de Saúde de Niterói (FeSaúde), a fim de atuar no Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), 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):

| DOCUMENTOS EXIGIDOS   |
|---|
| Currículo atualizado  |
| Cópia da Certidão de Nascimento ou Casamento  |
| Cópia do diploma de conclusão do curso (Todos fornecidos por instituição 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<br><a href="https://www.cnj.jus.br/improbidade_adm/consultar_requerido.php">https://www.cnj.jus.br/improbidade_adm/consultar_requerido.php</a>  |
| Certidão de Antecedentes Criminais 1: <a href="https://servicos.pf.gov.br/epol-sinic-publico/">https://servicos.pf.gov.br/epol-sinic-publico/</a>   |
| Certidão de Antecedentes Criminais 2: <a href="https://www4.tjrj.jus.br/Portal-Extrajudicial/certidao/judicial/">https://www4.tjrj.jus.br/Portal-Extrajudicial/certidao/judicial/</a>   |

|   |
|---|
| Declaração completa do Imposto de Renda (ano anterior) – <u>Não enviar digitalmente. A cópia impressa deverá ser entregue no dia da admissão, em envelope devidamente lacrado.</u>  |
| Certidão de Regularidade CPF (site da Site da Receita Federal)<br><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)<br><a href="https://www.tse.jus.br/servicos-eleitorais/certidoes/certidao-de-quitacao-eleitoral">https://www.tse.jus.br/servicos-eleitorais/certidoes/certidao-de-quitacao-eleitoral</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)  |
| Termo de Consentimento para Tratamento de Dados Pessoais (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 LOTAÇÃO**

**4.1.** Os locais de trabalho serão informados no dia da assinatura do contrato, sendo distribuídos com base em entrevistas com a área técnica, prevalecendo a necessidade e o interesse institucional.

## **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 Célia Valladares Vasconcellos***

***Diretora 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 Agente Redutor de Danos RAPS**

| <b>NOME</b>      | <b>CADASTRO UTILIZADO</b> | <b>CLASSIFICAÇÃO</b> | <b>ORDEM DE CONVOCAÇÃO*</b> | <b>DATA</b> | <b>HORA</b> |
|------------------|---------------------------|----------------------|-----------------------------|-------------|-------------|
| BARBARA DA SILVA | AC                        | 5                    | 5                           | 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 ADMISSIONAL**

**DECLARAÇÃO DE CARGOS/ EMPREGOS OU FUNÇÕES**

**NOME:**

**NOME SOCIAL:**

**CPF:**

**DATA DE NASCIMENTO:**

**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:   |                                 | Estado Civil:         |     |
| Qual é a sua cor ou raça? Branca ( ) Preta ( ) Parda ( ) Amarela ( ) Indígena ( )   |                                 |                       |     |
| Nacionalidade:  | Naturalidade:                   | Data de Nascimento:   |     |
| RG:   | Órgão Emissor:                  | Data de Emissão:      |     |
| CPF:  | PIS:                            | Nº Conselho Regional: |     |
| Tít. Eleitor:   | Zona:                           | Seção:                | UF: |
| Banco:  | Agência:                        | Conta Corrente:       |     |
| Obs.: As informações bancárias precisam ser do próprio candidato, e só pode ser conta corrente.   |                                 |                       |     |
| Tem filhos? Sim ( ) Não ( )   |                                 | Quantos? Idade:       |     |
| Declaração de IR: Sim ( ) Não ( ) Nº de dependentes:  |                                 |                       |     |
| Possui outro vínculo? Sim ( ) Não ( ) Se sim, há o recolhimento do INSS? Sim ( ) Não ( )  |                                 |                       |     |
| Nome do pai:  |                                 |                       |     |
| Nome da mãe:  |                                 |                       |     |
| Nome do cônjuge (se houver):  |                                 |                       |     |
| Recebe pensão ou outros vencimentos que não sejam salários?( ) Sim ( ) Não/Valor: R\$   |                                 |                       |     |
| 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>DECLARO</b> que, ao receber o <b>uniforme</b> , comprometo-me a utilizá-lo somente para fins laborais durante toda a jornada de trabalho e devolvê-lo ao término do contrato, sob pena de ser enquadrado em punições disciplinares em caso de descumprimento. Em situação de extravio ou dano decorrente de comprovada negligência do empregado, a instituição poderá adotar as medidas legais cabíveis.   |                                 |                       |     |
| <b>Escolaridade</b>   |                                 |                       |     |
| Ensino Fundamental  | Completo ( )                    | Incompleto ( )        | ( ) |
| Ensino Médio  | Completo ( )                    | Incompleto ( )        | ( ) |
| Ensino Superior   | Completo ( )                    | Incompleto ( )        | ( ) |
| Pós-Graduação   | Completo ( )                    | Incompleto ( )        | ( ) |
| Mestrado ( ) Doutorado ( )  | Completo ( )                    | Incompleto ( )        | ( ) |
| <b>AUTORIZO</b> 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, 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. Sim ( ) Não ( ) |                                 |                       |     |
| Tenho interesse em receber notícias e informações da FeSaúde através do canal <b>Informes FeSaúde</b> , em meu telefone pelo App Whats App. ( ) Sim, desejo receber. ( ) Não desejo receber.  |                                 |                       |     |
| 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 RESPONSABILIDADE 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 **todas** 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 tonar-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;
- Regulamento de Avaliação de Desempenho Funcional e Período de Experiência.

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 (sem traço) e o nº de CPF na senha;
3. No menu principal, selecionar o item “Documentos Portal”.

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

---

Assinatura

## TERMO DE CONSENTIMENTO PARA TRATAMENTO DE DADOS PESSOAIS

Em conformidade com o previsto na Lei n.º 13.709, de 2018, Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD), eu \_\_\_\_\_, inscrito(a) no CPF sob o n.º \_\_\_\_\_, aqui denominado EMPREGADO(A)-TITULAR DOS DADOS PESSOAIS, registro minha manifestação livre, informada e inequívoca, e AUTORIZO, em razão do contrato de trabalho CELEBRADO com a FESAÚDE – Fundação estatal de Saúde de Niterói, inscrita no CNPJ sob o n.º 34.906.284/0001-00, com endereço à Rua Santa Clara 102, Ponta D’areia, Niterói /RJ, CEP: 24040-050, a tomar decisões referentes ao tratamento dos meus dados pessoais e dos meus dependentes, se houver, e a realizar o tratamento de tais dados, envolvendo operações como as que se referem a coleta, produção, recepção, classificação, utilização, acesso, reprodução, transmissão, distribuição, processamento, arquivamento, armazenamento, eliminação, avaliação ou controle da informação, modificação, comunicação, transferência, difusão ou extração.

### CLÁUSULA PRIMEIRA – IDENTIFICAÇÃO E CONTATO DO EMPREGADOR

1.1 A FESAÚDE – Fundação estatal de Saúde de Niterói é uma Fundação Pública de Direito privado, Integrante da Administração Indireta do Município de Niterói, ligada à Secretaria Municipal de Saúde. A FeSaúde é uma entidade pública, sem fins lucrativos, de interesse coletivo e utilidade pública, dotada de personalidade jurídica de direito privado a quem compete as decisões referentes ao tratamento dos dados pessoais do(a) empregado(a) e seus dependentes, se houver.

1.2 A FESAÚDE poderá ser contatada por meio do telefone (21) 92019-3466 e pelo correio eletrônico: [cadastro@fesaude.niteroi.rj.gov.br](mailto:cadastro@fesaude.niteroi.rj.gov.br)

### CLÁUSULA SEGUNDA – DADOS DO(A) EMPREGADO(A)

2.1 Eu, empregado(a) autorizo a FESAÚDE a tomar decisões referentes ao tratamento e a realizar o tratamento dos seguintes dados pessoais e dos seus dependentes, se houver, para os fins que estão relacionados na cláusula terceira:

**Autorizo todos os itens discriminados abaixo.**

| Itens  |
|--|
| Nome Completo, inclusive nome social                           |
| Data de Nascimento e Idade                                     |
| Nome dos Genitores (pai e mãe)                                 |
| Estado Civil   |
| Gênero   |
| Nível de Instrução ou de Escolaridade                          |
| Endereço Residencial Completo                                  |
| Telefone (Celular e Fixo) e WhatsApp                           |
| Endereços de Correio Eletrônico                                |
| Imagem da Certidão de Nascimento, se for solteiro              |
| Imagem da Certidão de Casamento ou Declaração de União Estável |
| Número e Imagem da Carteira de Identidade (RG)                 |
| Número e Imagem do Cadastro de Pessoas Físicas (CPF)           |
| Número e Imagem da Carteira Nacional de Habilitação (CNH)      |

|   |
|---|
| Número e Imagem do Título de Eleitor  |
| Número e Imagem do Certificado de Reservista  |
| Número e Imagem da Carteira de Trabalho e Previdência Social (Digital ou física)  |
| Número e Imagem do Cartão de Vale-Transporte (quando utilizado pelo empregado/a)  |
| Número e Imagem do Programa de Integração Social (PIS)  |
| Fotografia  |
| Imagem do Diploma de Escolaridade   |
| Imagem de certificados de cursos e eventos (treinamentos, workshops, seminários, congressos, convenções, encontros, palestras, oficinas, etc.)  |
| Informações sobre seu cargo, renda e classificação no CFC   |
| Dados biométricos para registro de ponto  |
| Dados bancários (como banco, agência e números de contas correntes)   |
| Margem Consignável  |
| Nome de usuário e senha específicos para o uso dos serviços da Controladora   |
| Comunicação, verbal e escrita, mantida entre o(a) empregado(a) e o CFC  |
| Exames e Atestados Médicos, especialmente admissionais, periódicos e de retorno ao trabalho após afastamento superior a 30 dias em caso de doença ou acidente;  |
| Situações conjugais que possam ter reflexos nas relações de trabalho, como pagamento de pensão alimentícia e inclusão de dependente no plano de saúde e plano odontológico.                                 |
| Certidão de Nascimento dos filhos menores de 14 (quatorze) anos, carteira de vacinação dos menores de 7 (sete) anos, e atestado de matrícula e frequência escolar semestral dos maiores de 4 (quatro) anos. |
| Nome, data de nascimento, CPF dos dependentes para fins de imposto de renda e planos assistenciais.   |
| Término do contrato de trabalho, abrangendo o motivo do desligamento.   |
| Resultado do processo de avaliação de desempenho.   |

### **CLÁUSULA TERCEIRA – FINALIDADE DO TRATAMENTO DOS DADOS PESSOAIS**

3.1 O tratamento dos dados pessoais, listados no presente termo, tem as finalidades específicas de possibilitar a FESAÚDE:

- a) cumprir com as obrigações decorrentes da legislação, principalmente trabalhista, previdenciária e de acesso à informação;
- b) cumprir com os procedimentos de admissão, execução do contrato de trabalho e demissão, inclusive após o término do contrato de trabalho;
- c) utilizar os dados nas situações conjugais que podem ter reflexos em providências da FESAÚDE, como o pagamento de pensão, a inclusão de um dependente nos planos assistenciais;
- d) utilizar os dados para fins de concessão de benefícios assistenciais e sociais (vale transporte, programa de alimentação ao trabalhador, plano odontológico, auxílio creche, auxílio educação e auxílio idiomas e demais benefícios);
- e) cumprir com as exigências legais relativas à saúde do trabalhador, com vistas à realização de exames médicos, admissional, periódico, complementar e demissional;

- f) cumprir com as exigências legais relativas à segurança e medicina do trabalho, com vistas à realização do Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional (PCMSO), Programa de Gerenciamento de Riscos (PGR), Perfil Profissiográfico Previdenciário (PPP), Laudo Técnico das Condições Ambientais do Trabalho (LTCAT) e Análise Ergonômica do Trabalho (AET);
- g) executar o Programa de Qualidade de Vida no Trabalho;
- h) utilizar os dados para encaminhar correspondências e mensagens por meios físicos e digitais, abrangendo endereço residencial, correio eletrônico (e-mail) e aplicativos de mensagens;
- i) utilizar os dados para compartilhamento com concessionárias de vale-transporte, entidades sindicais, seguradoras, planos de saúde, plano odontológico, bancos oficiais, empresa de segurança e medicina do trabalho, empresa de qualidade de vida no trabalho e empresa de testagem para a Covid;
- j) executar o Plano Anual de Treinamento e Programa de Desenvolvimento de Líderes, inclusive com o envio dos dados pessoais às empresas responsáveis pela realização de cursos e eventos (treinamento, workshops, seminários, congressos, convenções, encontros, palestras, oficinas, etc);
- k) utilizar os dados e as imagens para o sistema de segurança predial e compartilhamento com as empresas de segurança pública, sempre que solicitado;
- l) Cumprir com o processo de Avaliação de desempenho e o Plano de Cargos e Salários;
- m) executar contratos dos quais o(a) empregado(a) seja gestor ou fiscal;
- n) atender às demandas a pedido do(a) empregado(a);
- o) utilizar os dados pessoais no exercício regulador de direitos em processo judicial, administrativo ou arbitral;
- p) utilizar os dados pessoais para proteção da vida ou dano físico do(a) empregado(a) ou de terceiros;
- q) utilizar os dados pessoais para a tutela da saúde, exclusivamente, em procedimento realizado por profissionais de saúde, serviços de saúde ou autoridade sanitária; e
- r) utilizar os dados pessoais para cadastro nos sistemas institucionais.

#### **CLÁUSULA QUARTA – FORMA DE ARMAZENAMENTO DOS DADOS PESSOAIS**

4.1 Os dados pessoais coletados serão armazenados pela FESAÚDE, com as finalidades acima, exclusivamente nas seguintes hipóteses:

- a) enquanto perdurar a relação de emprego;
- b) até que o presente termo seja revogado pelo(a) empregado(a); e
- c) enquanto necessário para atender aos prazos legais ou regulatórios.

#### **CLÁUSULA QUINTA – COMPARTILHAMENTO DE DADOS**

5.1 A FESAÚDE fica autorizado a compartilhar os dados pessoais do(a) empregado(a) e/ou seus dependentes, se houver, com outros agentes de tratamento de dados, inclusive órgãos públicos, caso seja necessário para as finalidades listadas no presente termo, observados os princípios e as garantias estabelecidas na Lei n.º 13.709, de 2018.

5.2. A FESAÚDE fica autorizada, também, a compartilhar os dados pessoais do(a) empregado(a) e/ou seus dependentes, se houver, nas situações que envolverem, vale-transporte, vale-alimentação/refeição, consultorias, e demais benefícios, empresas contratadas, empresas contratadas para execução da qualidade de vida no trabalho, segurança e medicina do trabalho e envio de informações alusivas às obrigações fiscais, previdenciárias e trabalhistas.

## **CLÁUSULA SEXTA – SEGURANÇA DOS DADOS**

6.1 A FESAÚDE responsabiliza-se pela adoção de medidas de segurança, 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 qualquer forma de tratamento inadequado ou ilícito.

6.2 Em conformidade com o Art. 48 da Lei n.º 13.709, de 2018, A FESAÚDE comunicará ao(a) empregado(a) e à Autoridade Nacional de Proteção de Dados (ANPD) a ocorrência de incidente de segurança que possa acarretar risco ou dano relevante ao(a) empregado(a).

## **CLÁUSULA SÉTIMA – TÉRMINO DO TRATAMENTO DOS DADOS**

7.1. A FESAÚDE poderá manter e tratar os dados pessoais do(a) empregado(a) e/ou seus dependentes, se houver, durante todo o período em que tais informações forem pertinentes ao alcance das finalidades listadas no presente termo, sendo que os dados pessoais anonimizados, sem possibilidade de associação ao(a) empregado(a) e/ou dependentes, se for o caso, poderão ser mantidos por período indefinido.

7.2. O(A) empregado(a) poderá solicitar A FESAÚDE, a qualquer momento, por meio de correio eletrônico (e-mail) ou por correspondência, que sejam eliminados seus dados pessoais não anonimizados.

7.2.1. Desde já, o(a) empregado(a) se declara ciente de que poderá ser inviável ao Controlador continuar mantendo contato ou encaminhar-lhe mensagens e correspondências a partir da eliminação dos dados pessoais.

## **CLÁUSULA OITAVA – DIREITOS DO(A) EMPREGADO(A)**

8.1. O(A) empregado(a) tem direito a obter da FESAÚDE em relação aos dados por ela tratados, a qualquer momento, e mediante requisição:

a) confirmação da existência de tratamento;

b) acesso aos dados;

c) correção de dados incompletos, inexatos ou desatualizados;

d) anonimização, bloqueio ou eliminação de dados desnecessários, excessivos ou tratados em desconformidade com o disposto na Lei n.º 13.709, de 2018;

e) portabilidade dos dados a outro empregador, mediante requisição expressa e observados os dispositivos da lei trabalhista, de acordo com a regulamentação do órgão Controlador;

f) eliminação dos dados pessoais tratados com o consentimento do(a) empregado(a), exceto nas hipóteses previstas no Art. 16 da Lei n.º 13.709, de 2018;

g) informação das entidades públicas e privadas com as quais o Controlador realizou uso compartilhado de dados;

h) informação sobre a possibilidade de não fornecer consentimento e sobre as consequências da negativa;

i) revogação do consentimento, nos termos do § 5º do Art. 8º da Lei n.º 13.709, de 2018.

#### **CLÁUSULA NONA – DIREITO DE REVOGAÇÃO DO CONSENTIMENTO**

9.1 O presente consentimento poderá ser revogado a qualquer momento pelo(a) empregado(a), mediante sua manifestação expressa, por meio de solicitação via correio eletrônico (cadastro@fesaude.niteroi.rj.gov.br) ou por correspondência, com Aviso de recebimento A.R., encaminhada a FeSaúde, ratificados os tratamentos realizados sob amparo do presente consentimento, nos termos do inciso VI do “caput” do Art. 18 da Lei n.º 13.709, de 2018.

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

---

Nome e assinatura do(a) empregado(a)