



## **RETIFICAÇÃO**

A Fundação de Saúde de Angra dos Reis retifica o Edital de Seleção Pública 001/2013, que divulga o Processo Seletivo para preenchimentos de vagas temporárias, publicado no Boletim Oficial Edição 424 de 22/02/2013, páginas 13 a 18..

Onde se lê:

### **III - DAS VAGAS**

3.3 - Não poderá haver mais de uma inscrição pelo mesmo candidato, para mais de uma vaga, nem para mais de um cargo. No caso de inscrição em duplicidade, será considerada a última e descartadas as primeiras.

Leia-se:

### **III - DAS VAGAS**

3.3 - Poderá haver até duas inscrições pelo mesmo candidato, desde que sejam para cargos diferentes.

Onde se lê:

### **XI - DO PERÍODO DE INSCRIÇÃO**

11.1 - As inscrições serão realizadas no período de **27 e 28 de fevereiro, 01 e 04 de março de 2013**, no período das 9h às 16h. Conforme o Cronograma de Atividades para o Processo Seletivo Simplificado. **ANEXO VIII.**

Leia-se:

### **XI - DO PERÍODO DE INSCRIÇÃO**

11.1 - As inscrições serão realizadas no período de **27 e 28 de fevereiro, 01 e 07 de março de 2013**, no período das 9h às 16h. Conforme o Cronograma de Atividades para o Processo Seletivo Simplificado. **ANEXO VIII.**



Estado do Rio de Janeiro  
**FUNDAÇÃO DE SAÚDE DE ANGRA DOS REIS**

Onde se lê:

**ANEXO VIII**

**CRONOGRAMA DE ATIVIDADES PARA O PROCESSO SELETIVO  
SIMPLIFICADO**

<b>INSCRIÇÕES</b> – Rua Machado Portela nº 85 – Balneário, Angra dos Reis/RJ	<b>27 e 28 de fevereiro de 2013 e 01 e 04 de março de 2013</b>
<b>DIVULGAÇÃO DO RESULTADO PRELIMINAR</b>	<b>08 de março de 2013.</b>
<b>PRAZO PARA INTERPOSIÇÃO DE RECURSO</b>	<b>11 de março de 2013.</b>
<b>DIVULGAÇÃO DO RESULTADO FINAL e CONVOCAÇÃO</b>	<b>15 de março de 2013.</b>
<b>ENTREGA DE GUIA PARA LAUDO MÉDICO E ENTREGA DE DOCUMENTOS INERENTES A CONTRATAÇÃO</b>	<b>18 e 19 de março de 2013.</b>
<b>PRAZO MÁXIMO PARA APRESENTAÇÃO DO LAUDO MÉDICO E FORMALIZAÇÃO DA CONTRATAÇÃO</b>	<b>05 de abril de 2013</b>

Leia-se:

**ANEXO VIII**

**CRONOGRAMA DE ATIVIDADES PARA O PROCESSO SELETIVO  
SIMPLIFICADO**

<b>INSCRIÇÕES</b> – Rua Machado Portela nº 85 – Balneário, Angra dos Reis/RJ	<b>27 e 28 de fevereiro de 2013 e 01 a 07 de março de 2013</b>
<b>DIVULGAÇÃO DO RESULTADO PRELIMINAR</b>	<b>15 de março de 2013.</b>
<b>PRAZO PARA INTERPOSIÇÃO DE RECURSO</b>	<b>18 de março de 2013.</b>
<b>DIVULGAÇÃO DO RESULTADO FINAL e CONVOCAÇÃO</b>	<b>22 de março de 2013.</b>
<b>ENTREGA DE GUIA PARA LAUDO MÉDICO E ENTREGA DE DOCUMENTOS INERENTES A CONTRATAÇÃO</b>	<b>25 e 26 de março de 2013.</b>
<b>PRAZO MÁXIMO PARA APRESENTAÇÃO DO LAUDO MÉDICO E FORMALIZAÇÃO DA CONTRATAÇÃO</b>	<b>12 de abril de 2013</b>



Estado do Rio de Janeiro  
**FUNDAÇÃO DE SAÚDE DE ANGRA DOS REIS**

Onde se lê:

**ANEXO IX**

**FORMULÁRIO DE INSCRIÇÃO E COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO Nº \_\_\_\_\_**

<b>NOME COMPLETO:</b>		
<b>Sexo:</b> ( ) Masculino ( ) Feminino		<b>Data de nascimento (dd/mm/aaaa):</b>
<b>Nacionalidade:</b>		<b>Naturalidade (município, UF):</b>
<b>Identidade:</b>		<b>Órgão emissor/UF:</b>
<b>CPF:</b>		<b>CRM:</b>
<b>Endereço residencial:</b>		
<b>Bairro:</b>	<b>Município:</b>	<b>UF:</b>
<b>CEP:</b>		<b>E-mail:</b>
<b>Telefone celular:</b>		<b>Telefone fixo:</b>
<b>Função à qual se candidata:</b> ( ) Médico Anestesiata ( ) Médico Cirurgião Geral ( ) Médico Clínico ( ) Médico Pediatra		( ) Médico Psiquiatra ( ) Médico Traumatologista/Ortopedista ( ) Médico Pediatra Plantonista ( ) Médico Urologista ( ) Médico ESF
<b>Documentos apresentados</b> ( ) Procuração ( ) Registro no Conselho Regional de Medicina ( ) Certidão Negativa de Débitos CRM ( ) Título de Especialista ou Certificado de Conclusão de Residência ( ) Identidade ( ) CPF ( ) Certificado de Reservista ( ) Comprovante de votação na última eleição ( ) Currículo Vitae ( ) Certificado de conclusão de Doutorado ( ) Certificado de Conclusão de Mestrado ( ) Certificado de Conclusão de Pós Graduação Lato Sensu _____ unidades ( ) Certificado de realização de cursos com mínimo de 40 horas _____ unidades ( ) Declaração de exercício profissional ( ) Declaração ou Certidão de tempo de serviço público _____ anos ( ) Carteira de Trabalho e Previdência Social – iniciativa privada - _____ anos ( ) Declaração de não ter sofrido penalidades por processo sindicante administrativo ( ) Declaração de não acumulação de cargos ou de acúmulo dentro da lei		

\_\_\_\_\_, \_\_ de \_\_\_\_\_ de 2013

\_\_\_\_\_  
Assinatura do candidato ou procurador

**COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO**

**INSCRIÇÃO REALIZADA EM** \_\_\_\_\_

**RECEBIDA PELO SERVIDOR:** \_\_\_\_\_

**MATRÍCULA:** \_\_\_\_\_



Estado do Rio de Janeiro  
**FUNDAÇÃO DE SAÚDE DE ANGRA DOS REIS**

Leia-se:

**ANEXO IX**

**FORMULÁRIO DE INSCRIÇÃO E COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO Nº \_\_\_\_\_**

<b>NOME COMPLETO:</b>		
<b>Sexo:</b> ( ) Masculino ( ) Feminino		<b>Data de nascimento (dd/mm/aaaa):</b>
<b>Nacionalidade:</b>		<b>Naturalidade (município, UF):</b>
<b>Identidade:</b>		<b>Órgão emissor/UF:</b>
<b>CPF:</b>		<b>CRM:</b>
<b>Endereço residencial:</b>		
<b>Bairro:</b>	<b>Município:</b>	<b>UF:</b>
<b>CEP:</b>		<b>E-mail:</b>
<b>Telefone celular:</b>		<b>Telefone fixo:</b>
<b>Função à qual se candidata:</b> ( ) Médico Anestesiata ( ) Médico Cirurgião Geral ( ) Médico Clínico ( ) Médico Pediatra ( ) Médico Regulador		( ) Médico Psiquiatra ( ) Médico Traumatologista/Ortopedista ( ) Médico Pediatra Plantonista ( ) Médico Urologista ( ) Médico ESF
<b>Documentos apresentados</b> ( ) Procuração ( ) Registro no Conselho Regional de Medicina ( ) Certidão Negativa de Débitos CRM ( ) Título de Especialista ou Certificado de Conclusão de Residência ( ) Identidade ( ) CPF ( ) Certificado de Reservista ( ) Comprovante de votação na última eleição ( ) Currículo Vitae ( ) Certificado de conclusão de Doutorado ( ) Certificado de Conclusão de Mestrado ( ) Certificado de Conclusão de Pós Graduação Lato Sensu _____ unidades ( ) Certificado de realização de cursos com mínimo de 40 horas _____ unidades ( ) Declaração de exercício profissional ( ) Declaração ou Certidão de tempo de serviço público _____ anos ( ) Carteira de Trabalho e Previdência Social – iniciativa privada - _____ anos ( ) Declaração de não ter sofrido penalidades por processo sindicante administrativo ( ) Declaração de não acumulação de cargos ou de acúmulo dentro da lei		

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2013

Assinatura do candidato ou procurador

**COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO**

<b>INSCRIÇÃO REALIZADA EM</b> _____
<b>RECEBIDA PELO SERVIDOR:</b> _____
<b>MATRÍCULA:</b> _____

**CARLOS ALBERTO MOUTINHO SALDANHA DE VASCONCELLOS**  
**Secretário Municipal de Saúde**  
**Presidente – FuSAR**