

DADOS OPERACIONAIS
IDENTIFICAÇÃO

☐ INCLUSÃO
 ☐ ALTERAÇÃO
 ☐ EXCLUSÃO

CNES

--	--	--	--	--	--	--	--

Nome Fantasia do Estabelecimento

--

CPF

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

NOME DO PROFISSIONAL

--

Registro no Conselho de Classe

--	--	--	--	--	--	--	--

Órgão Emissor

--	--

Descrição

--

Classificação Brasileira de Ocupações - CBO
CBO

--

Descrição

--

Atendimento ao SUS

☐ SIM
 ☐ NÃO

Carga Horária Semanal

☐ Ambulatorial
☐ Hospitalar
☐ Outros

Vínculo
Cód
Forma de Contratação com o Estabelecimento

--	--

Cód
Forma de Contratação com o Empregador

--	--

Cód
Detalhamento da Forma de Contratação

--	--

CNPJ do detalhamento da Forma de Contratação

--

Para Profissionais do PSF

Data de Entrada: ____/____/____

Data do Desligamento: ____/____/____

Data: ____/____/____

Data: ____/____/____

Assinatura e Carimbo do Gerente
 Administrativo do Estabelecimento ou do
 Gestor Municipal de Saúde

Assinatura e Carimbo do Profissional

SETOR DE RECURSOS HUMANOS - SRH

DECLARAÇÃO DE OPÇÃO DE VALE-TRANSPORTE		
EMPREGADO(A) PÚBLICO(A):		
RG:	CPF:	ADMISSÃO:
EMPREGO PÚBLICO:		
LOTAÇÃO:	Nº do Cartão:	
ENDEREÇO		
RUA:	Nº / COMPL.:	
BAIRRO:	CEP:	
CIDADE:	UF:	

Nos termos do art. 7º do Decreto Federal nº 95.247 de 17 de novembro de 1987, diante da opção pelo recebimento pelo Vale-Transporte, comprometo-me a:

1. Utilizá-lo exclusivamente para meu deslocamento residência/trabalho e vice-versa em transporte coletivo público urbano, ou intermunicipal com características semelhantes aos urbanos, de acordo com legislação vigente.
2. Renovar anualmente ou sempre que ocorrer alteração do meu endereço residencial ou dos serviços e meios de transporte mais adequado ao meu deslocamento residência/trabalho e vice-versa, seguido do meu comprovante de residência, sob pena de suspensão do meu benefício até o cumprimento integral da exigência.
3. Autorizar o desconto de até 6% (seis por cento) do meu salário básico mensal para como custeio do Vale-Transporte em conformidade com o artigo 9º, do Decreto Federal nº 95.247/87.
4. Estar ciente de que, no caso de declaração falsa e/ou o uso indevido do Vale-Transporte, constituem falta grave ou ilícito penal, conforme parágrafo 3º, do artigo 7º, do Decreto Federal nº 95.247/87, e de que o CISTRI poderá dispensar-me por justa causa, nos termos do artigo 482 da CLT, e de acordo com o disposto nos parágrafos 1º e 2º, do artigo 6º do Decreto Estadual nº 33.064, de 13 de março de 1991.

CIENTE DAS OBRIGAÇÕES ANTERIORMENTE MENCIONADAS, SEGUE MINHA DEFINIÇÃO:

☐

OPTO PELO VALE-TRANSPORTE

☐

NÃO OPTO PELO VALE-TRANSPORTE

RESIDÊNCIA - TRABALHO			
Nº DA LINHA	NOME DA LINHA	EMPRESA	TARIFA R\$

TRABALHO - RESIDÊNCIA			
Nº DA LINHA	NOME DA LINHA	EMPRESA	TARIFA R\$

LOCAL E DATA	ASSINATURA

OBS: deverá ser anexado a esta declaração o comprovante de residência (luz, telefone, extrato bancário, etc.), referente ao mês da opção pela concessão do Vale-Transporte e em nome do empregado(a) público(a).

SETOR DE RECURSOS HUMANOS – SRH

DECLARAÇÃO DE BENS E VALORES		
EMPREGADO(A) PÚBLICO(A):		
RG:	CPF:	ADMISSÃO:
TELEFONE:	EMAIL:	
EMPREGO PÚBLICO:		
LOTAÇÃO:		

Conforme Lei nº 8.429/92 que dispõe sobre a obrigatoriedade da apresentação da declaração de bens e valores para a posse e exercício de mandatos, cargos, emprego ou funções nos Órgãos da Administração Direta, Indireta, Autárquica, Fundacional, a declaração deve refletir todo o acervo patrimonial privado do empregado público (excluídos apenas os objetos e utensílios de uso doméstico), servindo essa declaração “para fins de análise da evolução patrimonial do empregado público, a fim de verificar a compatibilidade dessa evolução com os recursos e disponibilidades que compõem o seu patrimônio.

Nesse sentido, vale ressaltar que, conforme art. 9º da Lei nº 8.429/92, constitui improbidade administrativa importando enriquecimento ilícito auferir qualquer tipo de vantagem patrimonial indevida em razão do exercício de cargo, mandato, função ou emprego público.

Assim, a declaração, que tem caráter sigiloso, deverá ser preenchida, contendo imóveis, móveis, dinheiro, títulos, ações, investimentos financeiros, participações societárias e qualquer outra espécie de bens e valores patrimoniais, localizados no Brasil ou no exterior, e abrangerá os bens e valores patrimoniais do cônjuge ou companheiro, dos filhos e/ou de outras pessoas que vivam sob a sua dependência econômica.

RELAÇÃO DOS BENS E VALORES			
ITEM	DISCRIMINAÇÃO DOS BENS	POSSUIDOR DO BEM	VALOR DOS BENS
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			

Declaro, sob as penas da lei, que as informações acima são verdadeiras, autorizando a guarda das informações pela administração deste Consórcio, resguardando o sigilo destas. Declaro ainda estar ciente que a recusa em prestar a declaração de bens e valores, bem como a apresentação de informação falsa, poderá configurar descumprimento de dever funcional, passível de punição disciplinar.

Assim, estou ciente que é de minha responsabilidade a exatidão das informações contidas nesta declaração e comprometo-me a comunicar qualquer alteração que por ventura venha ocorrer.

LOCAL E DATA	ASSINATURA

SETOR DE RECURSOS HUMANOS - SRH

DECLARAÇÃO DE OPÇÃO DE VALE-ALIMENTAÇÃO		
EMPREGADO (A) PÚBLICO (A):		
RG:	CPF:	ADMISSÃO:
CARGO PÚBLICO:		
LOCAL DE TRABALHO:	Nº DE MATRÍCULA:	
ESTADO CIVIL:		
TELEFONE:	EMAIL:	

Observações:

- Empregados Públicos da Assistência:** para os empregados públicos médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e condutores socorristas, será concedida a importância bruta de R\$30,00 (trinta reais) a cada plantão de 12 horas a realizar, a título de auxílio alimentação, sendo descontado em seu contracheque a importância correspondente a 20% (vinte por cento) sobre o valor total creditado no mês a título de coparticipação.
- Empregados Públicos Administrativos:** para os empregados públicos da área administrativa com carga horária semanal de 40 horas e de 08 horas diárias, será concedida a importância bruta de R\$15,00 (quinze reais) por dia de trabalho a realizar, a título de auxílio alimentação, sendo descontado em seu contracheque a importância correspondente a 20% (vinte por cento) sobre o valor total creditado no mês a título de coparticipação.
- Empregados Públicos Auxiliares de Regulação e Operadores de Frota:** para os empregados públicos auxiliares de regulação e operadores de frota, será concedida a importância bruta de R\$15,00 (sete e cinquenta) a cada plantão de 06 horas a realizar, a título de auxílio alimentação, sendo descontado em seu contracheque a importância correspondente a 20% (vinte por cento) sobre o valor total creditado no mês a título de coparticipação.
- Os dias efetivamente trabalhados pelos empregados públicos serão apurados por meio do ponto biométrico, e descontados integralmente o valor de auxílio-alimentação em caso de faltas injustificadas e/ou justificadas.
- O auxílio-alimentação fornecido como salário-utilidade deverá atender aos fins a que se destina e não excederá a 20% (vinte por cento) do salário contratual, conforme previsto no § 3º do art. 458 da CLT, ficando assim, os empregados públicos do **CISTRI** corresponsáveis pela concessão do benefício subsidiando, mensalmente, com 20% (vinte por cento) dos valores creditados em seu nome.
- O crédito do auxílio alimentação será efetuado em cartão magnético, de forma antecipada e automática no dia 01 de cada mês.
- No caso de plantão extra, será depositado auxílio alimentação a mais no mês subsequente.
- Será descontado auxílio-alimentação do empregado público que apresentar as seguintes situações:

SETOR DE RECURSOS HUMANOS - SRH

- **Falta injustificada:** quando houver falta injustificada no período de apuração a saber do dia 16 de um mês ao dia 15 do mês subsequente, aos seus dias de trabalho/plantão.
 - **Atestado Médico:** quando o empregado público apresentar atestado médico, seja qual for o número de dias e seja qual for o CID apresentado.
 - **Afastamentos pelo INSS:** quando o empregado público, que por motivos de saúde, for afastado pela Previdência Social, não serão considerados nem mesmo os 15 (quinze) primeiros dias de afastamento para recebimento do benefício de auxílio alimentação.
 - **Suspensão:** quando o empregado público for afastado de suas atividades por motivo de suspensão disciplinar, inclusive por instauração de processo disciplinar, seja por tempo determinado ou indeterminado.
 - **Licença Maternidade:** quando a empregada pública afastar de suas atividades por motivo de licença maternidade.
 - **Férias:** quando o empregado público estiver em período de férias.
 - **Licença sem remuneração:** quando o empregado público solicitar ao CISTRI afastamento sem remuneração.
- i) No caso de perda ou roubo, entrar em contato com RH para solicitar o bloqueio do cartão e a segunda via.

CIENTE DAS OBSERVAÇÕES ANTERIORMENTE MENCIONADAS, SEGUI MINHA DEFINIÇÃO:

☐

OPTO PELO AUXÍLIO ALIMENTAÇÃO

☐

NÃO OPTO PELO AUXÍLIO ALIMENTAÇÃO

Declaro assumir total responsabilidade pela veracidade das informações contidas neste formulário.

LOCAL E DATA	ASSINATURA DO EMPREGADO PÚBLICO

SETOR DE RECURSOS HUMANOS – SRH

DECLARAÇÃO DE ACÚMULO DE CARGO OU EMPREGO PÚBLICO		
EMPREGADO(A) PÚBLICO(A):		
RG:	CPF:	ADMISSÃO:
EMPREGO PÚBLICO:		
LOTAÇÃO:		

Considerando as disposições contidas nos incisos XVI e XVII do Art.37 da Constituição Federal, que veda expressamente o acúmulo de cargos ou empregos públicos nos seguintes termos:

XVI - É vedada a acumulação remunerada de cargos públicos, exceto quando houver compatibilidade horários:

- a) a de dois cargos de professor;
 - b) a de um cargo de professor com outro, técnico ou científico;
 - c) a de dois cargos ou empregos privativos de profissionais de saúde, com profissões regulamentadas.
- XVII** - a proibição de acumular estende-se a empregos e funções e abrange autarquias, fundações, empresas públicas, sociedades de economia mista, suas subsidiárias, e sociedades controladas, direta ou indiretamente, pelo poder público;

E considerando o Capítulo do Regimento Interno do **CISTRI** que regulamenta a Sindicância e o Processo Administrativo Disciplinar no âmbito do **CISTRI**, fica o empregado público ciente da possibilidade de sofrer penalidade de demissão, após formalização dos procedimentos retro mencionados, garantido a este o contraditório e a ampla defesa.

☐	DECLARO-ME CIENTE DAS OBRIGAÇÕES ANTERIORMENTE MENCIONADAS, CONFORME SE SEGUIR:
☐	Não exerço qualquer outro emprego público (função ou cargo em Entidades Federais, Estaduais ou Municipais), bem como Autarquias, Empresas Públicas ou de Economia Mista e em Fundações Públicas.
☐	Exerço o(s) emprego(s) público(s), função(es) ou cargo(s) abaixo: a) _____, na instituição _____ com carga horária semanal de _____ horas. b) _____, na instituição _____ com carga horária semanal de _____ horas. c) _____, na instituição _____ com carga horária semanal de _____ horas.

Declaro ainda, que tenho conhecimento do inteiro teor das legislações acima mencionadas e que estou ciente de que estarei sujeito às penalidades previstas, caso venha a incorrer em acúmulo ilegal de vínculo, durante o exercício do emprego público para o qual fui admitido.

LOCAL E DATA	ASSINATURA
_____	_____



Consórcio Público Intermunicipal de Saúde
Rede de Urgência e Emergência da
Macrorregião do Triângulo do Norte

CISTRI

DECLARAÇÃO DE DEPENDENTES PARA FINS DE IMPOSTO DE RENDA

DADOS DO EMPREGADO

NOME:

CPF:

RG:

ÓRGÃO EXPEDIDOR:

CARGO:

LOCAL DE TRABALHO:

OBJETO DO REQUERIMENTO

INCLUSÃO ☐

ALTERAÇÃO ☐

EXCLUSÃO ☐

DADOS DO(S) DEPENDENTE(S)

NOME DO DEPENDENTE:

1 GRAU DE PARENTESCO:

CPF:

DATA DE NASCIMENTO:

/

/

NOME DO DEPENDENTE:

2 GRAU DE PARENTESCO:

CPF:

DATA DE NASCIMENTO:

/

/

NOME DO DEPENDENTE:

3 GRAU DE PARENTESCO:

CPF:

DATA DE NASCIMENTO:

/

/

NOME DO DEPENDENTE:

4 GRAU DE PARENTESCO:

CPF:

DATA DE NASCIMENTO:

/

/

NOME DO DEPENDENTE:

5 GRAU DE PARENTESCO:

CPF:

DATA DE NASCIMENTO:

/

/

UBERLÂNDIA,

DE

DE

(ASSINATURA DO REQUERENTE)



**SAMU
192**

AUTODECLARAÇÃO DE VACINAÇÃO PARA PROFISSIONAIS DA SAÚDE

Eu, _____,
portador do CPF nº _____, declaro, para os devidos fins,
que estou em conformidade com as exigências de vacinação estabelecidas pela
NR-32 e pelo Ministério da Saúde.

Por ser verdade, firmo e assino a presente declaração, ciente de que sou
legalmente responsável pelas informações prestadas.

VACINAS OBRIGATÓRIAS: MARCAR UM X e colocar a data da dose

	TÉTANO	DATA DA DOSE	DIFTERIA	DATA DA DOSE	dTpa (tétano- difteria- coqueluche)	DATA DA DOSE
1º DOSE						
2º DOSE						
3º DOSE						

**Caso não tenha recebido alguma das doses exigidas, informe abaixo o motivo
(ex.: contraindicação médica, falta de disponibilidade da vacina) e, se aplicável,
a data prevista para regularização:**

--

_____ DATA: __/ __/ __

ASSINATURA DO(A) DECLARANTE:



CONSÓRCIO PÚBLICO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DA REDE DE URGÊNCIA
E EMERGÊNCIA DA MACRORREGIÃO DO TRIÂNGULO DO NORTE - CISTRI

AUTODECLARAÇÃO ÉTNICO-RACIAL

Eu _____, portador do CPF nº _____, documento de identificação nº _____, declaro para devidos o fins, que sou _____ (Informar a etnia: preto, pardo, branco, indígena ou outras etnias). Por ser expressão da verdade, firmo e assino a presente para que a mesma produza seus efeitos legais e de direito, e estou ciente de que responderei legalmente pela informação prestada.

Uberlândia, ____/____/____

Assinatura do(a) declarante
