



Resposta ao Requerimento nº 944/2022

Autoria: THIAGO SAMASSO
Assunto: *Informações sobre a UPA VIII.*

Excelentíssimo Senhor Presidente,

Com nossos cordiais cumprimentos, e em resposta ao Requerimento em epígrafe, vimos transmitir-lhe as informações precedentes disponibilizadas pelas áreas competentes da municipalidade, solicitando sejam encaminhadas ao autor da propositura.

Registramos protestos de elevada estima e consideração.

Valinhos, 23 de maio de 2022.

LUCIMARA GODOY VILAS BOAS

Prefeita Municipal

Exmo. Sr.

FRANKLIN DUARTE DE LIMA

Presidente da Egrégia Câmara Municipal de Valinhos



PREFEITURA DE VALINHOS

C.I. nº 283/2022 – SS

Valinhos, 19 de maio de 2022.

Para: Departamento Assuntos Institucionais/SG
Da: Secretaria da Saúde
Ref.: Requerimento nº 944/2022
C.I. nº 370/2022 – DAI/SG
(Processo Digital nº 11.121/2022)

Em atendimento ao Requerimento nº 969/2022 de autoria do vereador o Thiago Samasso, encaminho anexa resposta ao questionamento.

Era o que tínhamos a informar.

Atenciosamente,



Dr. Luiz Gabriel Signorelli
Secretário da Saúde



PREFEITURA DO MUNICIPIO DE VALINHOS
Estado de São Paulo
Unidade de Pronto Atendimento 24 horas – UPA
Valinhos

À Secretaria da Saúde

Conforme resposta da coordenação da Unidade de Pronto Atendimento, retorno o mesmo para continuidade.

DUPA, em 16 de maio de 2022.


Marisilva Alves Ferreira Aguiar
Depto. das Unidades de Pronto Atendimento
Diretora



PREFEITURA DO MUNICIPIO DE VALINHOS
SECRETARIA DA SAÚDE
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO 24h - UPA

À Diretora de Departamento Urgência e Emergência

Conforme solicitado pelo Excelentíssimo Vereador Thiago Samasso, requerimento nº 944/2022, segue:

1. Comprovar a experiência profissional da equipe de enfermagem terceirizada atuante na UPA.

Resp.: **Todos os profissionais de enfermagem terceirizados, apresentam contrato de trabalho junto a empresa Omega Serviços de Saúde Ltda – CNPJ: 02.726.717/0001-40, onde a comprovação profissional é declarada na Ficha de Admissão da empresa (cópia anexa).**

Valinhos, 16 de maio de 2022

Anna Carla Moleta
Enfermeira – Coren 81756
Coord. Unidade de Pronto Atendimento
UPA 24h



FICHA DE ADMISSÃO

OMEGA SERVIÇOS EM SAÚDE

NOME DO COLABORADOR						
LOCAL DE NASCIMENTO			DATA DE NASCIMENTO			
ENDEREÇO (RUA, AV.)				NÚMERO		
COMPLEMENTO		BAIRRO				
CIDADE	ESTADO	CEP	Nº CARTÃO DO SUS			
TELEFONE	CELULAR	E-MAIL				
RG	ORGÃO EMISSOR	DATA DE EMISSÃO	CPF			
CARTEIRA DE TRABALHO (CTPS)	SÉRIE (CTPS)	EMISSÃO (CTPS)	PIS / PASEP	CERTIFICADO RESERVISTA		
TÍTULO DE ELEITOR	ZONA	SEÇÃO	Nº CARTEIRA DE HABILITAÇÃO	CATEGORIA DA CNH		
REGISTRO PROFISSIONAL				Nº DO REGISTRO		
<input type="checkbox"/> CRM	<input type="checkbox"/> CÔREN	<input type="checkbox"/> CRF	<input type="checkbox"/> CRO	<input type="checkbox"/> CRA	<input type="checkbox"/> Outro	
FILIAÇÃO PATERNA						
FILIAÇÃO MATERNA						
GRAU DE INSTRUÇÃO						
<input type="checkbox"/> Fundamental	<input type="checkbox"/> Médio	<input type="checkbox"/> Superior	<input type="checkbox"/> Técnico	<input type="checkbox"/> Especialização	<input type="checkbox"/> Mestrado	<input type="checkbox"/> Doutorado
ESTADO CIVIL						
<input type="checkbox"/> Solteiro (a)	<input type="checkbox"/> Casado (a)	<input type="checkbox"/> Divorciado (a)	<input type="checkbox"/> Separado (a)	<input type="checkbox"/> Viúvo (a)	<input type="checkbox"/> Outros	
DEFICIENTE FÍSICO						
<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não					
NOME DO CÔNJUGE		CPF	DATA DE NASCIMENTO			
NOME FILHO (A)		CPF	DATA DE NASCIMENTO			
NOME FILHO (A)		CPF	DATA DE NASCIMENTO			
NOME FILHO (A)		CPF	DATA DE NASCIMENTO			
NOME FILHO (A)		CPF	DATA DE NASCIMENTO			

RECOLHIMENTO DO INSS EM OUTRO ESTABELECIMENTO

Já recolhe INSS em outro Estabelecimento? SIM NÃO

Em caso afirmativo, é obrigatório a apresentação do documento comprobatório do desconto até o dia 25 de cada mês. Na ausência da comprovação, será realizado o desconto sem possibilidade de restituição.

DADOS BANCARIOS

O colaborador receberá seus proventos em conta bancária do Banco do Brasil ou Banco Bradesco, caso não tenha conta em um desses bancos a OMEGA SERVIÇOS EM SAUDE fornecerá uma carta para abertura de conta salário.

Possuo uma conta no:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> BRADESCO	<input type="checkbox"/>
Tipo:	<input type="checkbox"/> Conta Corrente	<input type="checkbox"/> Conta Salário	<input type="checkbox"/> Conta Poupança
Banco:	_____	Agência:	Conta:

INFORMAÇÕES PARA UNIFORMES

REFERENTE AO LOCAL	FUNÇÃO
Uniforme Fornecido - Medidas	
<input type="checkbox"/> Calça	<input type="checkbox"/> PP <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> GG <input type="checkbox"/> EG
<input type="checkbox"/> Camisa	<input type="checkbox"/> PP <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> GG <input type="checkbox"/> EG
<input type="checkbox"/> Jaleco	<input type="checkbox"/> PP <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> GG <input type="checkbox"/> EG
<input type="checkbox"/> Casaco	<input type="checkbox"/> PP <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> GG <input type="checkbox"/> EG
<input type="checkbox"/> Sapato	<input type="checkbox"/> 34 <input type="checkbox"/> 36 <input type="checkbox"/> 37 <input type="checkbox"/> 38 <input type="checkbox"/> 39 <input type="checkbox"/> 40 <input type="checkbox"/> 41 <input type="checkbox"/> 42 <input type="checkbox"/> 44
<input type="checkbox"/> Cinto	<input type="checkbox"/> 80 <input type="checkbox"/> 85 <input type="checkbox"/> 90 <input type="checkbox"/> 95 <input type="checkbox"/> 100 <input type="checkbox"/> 105 <input type="checkbox"/> 110 <input type="checkbox"/> 115 <input type="checkbox"/> 120
<input type="checkbox"/> Outros:	_____

SOLICITAÇÃO DE VALE TRANSPORTE

- Opto pela utilização de Vale Transporte Não opto pela utilização de Vale Transporte
 Utilizo meios próprios, motocicleta; Utilizo meios próprios, carro particular;

VALE TRANSPORTE					
	Tipo de Transporte		Nome e Número da Linha	Empresa Transportadora	Valor
Resid. x Trabr.	Linha 1	<input type="checkbox"/> Ônibus <input type="checkbox"/> Trêm <input type="checkbox"/> Metrô <input type="checkbox"/> Barca			
	Linha 2	<input type="checkbox"/> Ônibus <input type="checkbox"/> Trêm <input type="checkbox"/> Metrô <input type="checkbox"/> Barca			
	Linha 3	<input type="checkbox"/> Ônibus <input type="checkbox"/> Trêm <input type="checkbox"/> Metrô <input type="checkbox"/> Barca			
Trabr. x Resid.	Linha 1	<input type="checkbox"/> Ônibus <input type="checkbox"/> Trêm <input type="checkbox"/> Metrô <input type="checkbox"/> Barca			
	Linha 2	<input type="checkbox"/> Ônibus <input type="checkbox"/> Trêm <input type="checkbox"/> Metrô <input type="checkbox"/> Barca			
	Linha 3	<input type="checkbox"/> Ônibus <input type="checkbox"/> Trêm <input type="checkbox"/> Metrô <input type="checkbox"/> Barca			

DEPENDENTES DE IMPOSTO DE RENDA

Nome dos Dependentes (Completo)	Relação da Dependência (Grau de Parentesco)	Data de Nascimento

IMPORTANTE:

"Fica estabelecido que o contratado que não apresentar todos os documentos solicitados pela contratante em prazo de 48 (quarenta e oito) horas a contar do recebimento desta ficha de admissão, estará sujeito conforme normas da CLT. cap I da identificação profissional e normas gerais da tutela do trabalho art 13, 41 e 42 § 1, a não ser registrado e conseqüentemente não fará parte do quadro funcional, não podendo receber seus honorários até regularização desta pendência". Declaro ter lido e concordado com todas as disposições contidas nestas fichas, incluindo os prazos de entrega de documentos, validações e descontos.

Ciente e Concordo

colaborador



Documentação Admissão
PROFISSIONAIS DE NÍVEL TÉCNICO OU SUPERIOR

OMEGA SERVIÇOS EM SAÚDE EIRELI

COLABORADOR

REFERENTE AO LOCAL

FUNÇÃO

GESTOR DO CONTRATO

FUNCIONÁRIO RESPONSÁVEL PELO CADASTRAMENTO (DP)

Solicitamos que envie a documentação **COMPLETA**, inclusive os documentos peculiares de cada função, não sendo aceita a substituição de documentos.

1 - Genérico para todos funcionários (Originais)

- Carteira de Trabalho da previdência social (CTPS)
- Apresentação de 02 (duas) fotos 3x4 recente
- Exame médico admissional (ASO)

Outros: _____

2 - Genérico para todos funcionários (Cópias Xerografadas)

- Cópia da carteira de trabalho (frente, verso e as experiências)
- Certidão de nascimento (se solteiro) ou Certidão de Casamento
- Certidão de nascimento dos filhos menores de 21 anos
- Cartão de vacinação dos filhos menores de 05 anos
- Título de eleitor, RG, CPF e CNH
- Certificado de reservista ou dispensa militar (sexo Masculino)
- Cartão do PIS ou PASEP
- Comprovante de endereço **recente** (agua, luz ou telefone)
- Cópia do cartão de vacinação;
- Cópia do cartão do SUS
- Histórico Escolar ou Diploma Ensino Superior
- Cartão do Banco Bradesco (Caso não tenha, será necessário abertura da Conta Salário)

3 - Específicos - Profissional de Nível Técnico ou Superior (Cópias Xerografadas)

- Comprovante de pagamento da anuidade do conselho de classe e Certidão Negativa e de Regularidade do Conselho e carteirinha de registro

Uso Exclusivo Administração de Pessoal

- Assinatura na Ordem de Serviço
- Treinamento e Entrega de EPI

Recepção e cadastro DATA

Número de Chapa

Funcionário Responsável pelo Cadastro e Arquivo: _____

Encarregado da Administração Pessoal: _____