



**MARINHA DO BRASIL
COMANDO DO 2º DISTRITO NAVAL
HOSPITAL NAVAL DE SALVADOR**

**EDITAL DE PROCESSO SELETIVO
EMERGENCIAL SIMPLIFICADO Nº 01/2020
ANEXO IV**

FOTO	<p>MARINHA DO BRASIL HOSPITAL NAVAL DE SALVADOR RECIBO DE PAGAMENTO AUTÔNOMO (RPA) FICHA DE CADASTRAMENTO DE RPA</p>				
	DATA DO CADASTRO: <input style="width: 100px;" type="text"/> CREDENCIAMENTO: <input type="checkbox"/> CADASTRAMENTO: <input checked="" type="checkbox"/>				
DADOS PESSOAIS					
NOME:	<input style="width: 95%;" type="text"/>				
NOME PAI:	<input style="width: 95%;" type="text"/>				
NOME MAE:	<input style="width: 95%;" type="text"/>				
ENDEREÇO:	<input style="width: 95%;" type="text"/>				
Nº:	COMPLEMENTO: <input style="width: 150px;" type="text"/> CEP: <input style="width: 80px;" type="text"/>				
CIDADE:	BAIRRO: <input style="width: 100px;" type="text"/> ESTADO: <input style="width: 40px;" type="text"/> TELEFONE: <input style="width: 100px;" type="text"/>				
CELULAR:	E-MAIL: <input style="width: 150px;" type="text"/>				
IDENTIDADE:	ORGÃO EMISSOR: <input style="width: 40px;" type="text"/> DATA EMISSÃO: <input style="width: 60px;" type="text"/> UF: <input style="width: 30px;" type="text"/>				
CPF:	PIS/PASEP/INSS: <input style="width: 100px;" type="text"/>				
NÚMERO CTPS:	SÉRIE: <input style="width: 40px;" type="text"/> DATA EMISSÃO: <input style="width: 60px;" type="text"/> UF: <input style="width: 30px;" type="text"/>				
TÍTULO DE ELEITOR:	ZONA: <input style="width: 40px;" type="text"/> SEÇÃO: <input style="width: 60px;" type="text"/>				
DATA DE NASCIMENTO:	ESTADO CIVIL: <input style="width: 60px;" type="text"/> SEXO: <input style="width: 60px;" type="text"/>				
DEPENDENTES DECLARADOS NO IRRF					
1	XXX	CPF:	XXX	XX	
2	XXX	CPF:	XXX	XX	
3	XXX	CPF:	XXX	XX	
4	XXX	CPF:	XXX	XX	
DADOS BANCÁRIOS E PROFISSIONAIS					
BANCO:	AGÊNCIA:	-	CONTA CORRENTE:	-	
NOME DO TITULAR: <input style="width: 95%;" type="text"/>					
RAMAL:	GRAU DE INSTRUÇÃO:		ZIMBRA:		
PROFISSÃO: <input style="width: 95%;" type="text"/> SERVIÇO PRESTADO: <input style="width: 95%;" type="text"/>					
Nº REGISTRO PROFISSIONAL: <input style="width: 100px;" type="text"/> UF: <input style="width: 30px;" type="text"/> VALOR DO SERVIÇO PRESTADO: <input style="width: 100px;" type="text"/>					
SETOR DO HNMD: <input style="width: 150px;" type="text"/> HORAS PRESTADAS SEMANAL: <input style="width: 80px;" type="text"/>					
LOCAIS DE ATUAÇÃO EXTRA MARINHA (SE FOR O CASO)					
ORGÃO/INSTITUIÇÃO			FUNÇÃO/CARGO		
<input style="width: 95%;" type="text"/>			<input style="width: 95%;" type="text"/>		
JUSTIFICATIVA DA CADASTRAMENTO DO AUTÔNOMO:					
<input style="width: 95%;" type="text"/>					
<input type="checkbox"/> 1. ESTOU CIENTE QUE ESTE HOSPITAL NÃO FORNECE NENHUM TIPO DE ATESTADO; DECLARAÇÃO DE SERVIÇOS; FUNÇÃO OU HORAS DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇO COMO AUTÔNOMO. <input type="checkbox"/> 2. NÃO CABE AO AUTÔNOMO FÉRIAS, LICENÇA MÉDICA OU ATESTADO PARA QUALQUER EVENTUALIDADE POR SER UM PRESTADOR DE SERVIÇO EVENTUAL, O MÊS EM QUE O AUTÔNOMO NÃO PRESTAR O SERVIÇO NESTE HOSPITAL, NÃO CABERÁ RECEBER O PAGAMENTO REFERENTE AOS DIAS QUE NÃO PRESTOU O SERVIÇO, E RESPONSÁVEL PELA FISCALIZAÇÃO DOS SERVIÇOS PRESTADOS PELO AUTÔNOMO, O CHEFE DO DEPARTAMENTO E O MILITAR RESPONSÁVEL PELA ASSINATURA DO RECIBO DE PAGAMENTO AUTÔNOMO (RPA). OBS: MARCA UM (X) QUE ESTA CIENTE.					
Salvador/BA _____ de _____ 2020.			Salvador/BA _____ de _____ 2020.		
_____ Prestador de Serviço Autônomo			_____ Militar Responsável Pela Verificação dos Serviços Prestados		
_____ Chefe do Departamento de Saúde Salvador/BA _____ de _____ 2020.			_____ Vice Diretor		
_____ Diretora					
<input type="checkbox"/> 30 DIAS <input type="checkbox"/> 60 DIAS <input type="checkbox"/> 90 DIAS * TODOS OS CAMPOS DEVERÃO SER PREENCHIDOS; MARCAR (X) SE E CONTRATAÇÃO/ CREDENCIAMENTO; * COLOCAR CARIMBO QUANDO HOVER.					
DOCUMENTOS EXIGIDOS (AUTENTICADOS PELO CHEFE DA CLÍNICA)					
<input type="checkbox"/>	CÓPIA DA IDENTIDADE: OU DE ENTIDADE DE CLASSE;	<input type="checkbox"/>	CÓPIA DO NÚMERO DO INSS;	<input type="checkbox"/>	CÓPIA DO (IRRF) DOS DEPENDENTES DECLARADOS ;
<input type="checkbox"/>	CÓPIA DO CPF;	<input type="checkbox"/>	CÓPIA DO DIPLOMA OU REGISTO PROFISSIONAL;	<input type="checkbox"/>	EXTRATO BANCÁRIO DA CONTA PARA PAGAMENTO; e
<input type="checkbox"/>	TÍTULO DE ELEITOR;	<input type="checkbox"/>	CI DE AUTORIZAÇÃO DE CADASTRAMENTO DE RPA.		
<input type="checkbox"/>	2 FOTOS 3x4;				
<input type="checkbox"/>	CÓPIA DA CARTEIRA DE TRABALHO; (DOIS LADOS);				