



**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> <p>DATA DO CADASTRO: <input style="width: 100px;" type="text"/></p> <p>CRENCIAMENTO: <input type="checkbox"/> CADASTRAMENTO: <input checked="" type="checkbox"/></p>				
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: <input style="width: 50px;" type="text"/>	COMPLEMENTO: <input style="width: 250px;" type="text"/>				
CEP: <input style="width: 100px;" type="text"/>					
CIDADE: <input style="width: 100px;" type="text"/>	BAIRRO: <input style="width: 100px;" type="text"/>				
ESTADO: <input style="width: 50px;" type="text"/>	TELEFONE: <input style="width: 100px;" type="text"/>				
CELULAR: <input style="width: 100px;" type="text"/>	E-MAIL: <input style="width: 200px;" type="text"/>				
IDENTIDADE: <input style="width: 100px;" type="text"/>	ORGÃO EMISSOR: <input style="width: 50px;" type="text"/>				
DATA EMISSÃO: <input style="width: 100px;" type="text"/>	UF: <input style="width: 50px;" type="text"/>				
CPF: <input style="width: 100px;" type="text"/>	PIS/PASEP/INSS: <input style="width: 150px;" type="text"/>				
NÚMERO CTPS: <input style="width: 100px;" type="text"/>	SÉRIE: <input style="width: 50px;" type="text"/>				
DATA EMISSÃO: <input style="width: 100px;" type="text"/>	UF: <input style="width: 50px;" type="text"/>				
TÍTULO DE ELEITOR: <input style="width: 100px;" type="text"/>	ZONA: <input style="width: 50px;" type="text"/>				
SEÇÃO: <input style="width: 50px;" type="text"/>					
DATA DE NASCIMENTO: <input style="width: 100px;" type="text"/>	ESTADO CIVIL: <input style="width: 100px;" type="text"/>				
SEXO: <input style="width: 100px;" type="text"/>					
DEPENDENTES DECLARADOS NO IRRF					
1	XXX	CPF:	XXX	IDADE	XX
2	XXX	CPF:	XXX	XX	XX
3	XXX	CPF:	XXX	XX	XX
4	XXX	CPF:	XXX	XX	XX
DADOS BANCÁRIOS E PROFISSIONAIS					
BANCO: <input style="width: 100px;" type="text"/>	AGÊNCIA: <input style="width: 100px;" type="text"/>	-	<input style="width: 50px;" type="text"/>	CONTA CORRENTE: <input style="width: 100px;" type="text"/>	-
NOME DO TITULAR: <input style="width: 95%;" type="text"/>					
RAMAL: <input style="width: 50px;" type="text"/>	GRAU DE INSTRUÇÃO: <input style="width: 100px;" type="text"/>	ZIMBRA: <input style="width: 50px;" type="text"/>			
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: 50px;" 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: 100px;" 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			_____ Vice Diretor		
Salvador/BA _____ de _____ 2020.					
_____ 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 HOUVER.					
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 CPF;	<input type="checkbox"/> CÓPIA DO (IRRF) DOS DEPENDENTES DECLARADOS ;	<input type="checkbox"/> TÍTULO DE ELEITOR;	<input type="checkbox"/> CÓPIA DO DIPLOMA OU REGISTO PROFISSIONAL;
<input type="checkbox"/> 2 FOTOS 3x4;	<input type="checkbox"/> EXTRATO BANCÁRIO DA CONTA PARA PAGAMENTO; e	<input type="checkbox"/> CÓPIA DA CARTEIRA DE TRABALHO; (DOIS LADOS);	<input type="checkbox"/> CI DE AUTORIZAÇÃO DE CADASTRAMENTO DE RPA.		