








Catálogo de Serviços - Unidade de Administração de Pessoal

Objetivo deste Catálogo

 O **Catálogo de Serviços da Unidade de Administração de Pessoal do HUSE/Unirio-Ebserh** tem como objetivos:

-  **Centralizar** as informações relativas aos serviços prestados pela unidade;
-  **Padronizar** fluxos, orientações e procedimentos operacionais;
-  **Facilitar o acesso** às informações, reunindo em um único local de consulta os **passo a passo** dos processos;
-  **Promover transparência** e maior clareza na prestação dos serviços;
-  **Aumentar a eficiência** e a agilidade na execução dos processos;
-  **Garantir a segurança das informações**;
-  **Aprimorar continuamente o atendimento** aos colaboradores e gestores do HUGG/Unirio-Ebserh.

Inclusão de Dependentes

[Consulte aqui o passo a passo em videotutorial](#)

 **Inclusão de Dependentes**

Descrição

Processo de **inclusão ou alteração de dependentes**, com a finalidade de cadastrá-los no benefício de **Acompanhar Pessoa da Família (APF)** no **Sistema de Gestão de Pessoas**, visando à **padronização do procedimento**.

Requisitos (Quem pode solicitar)

Todos os **empregados do quadro efetivo, temporários e demais ocupantes de função gratificada ou cargo em comissão** dos **Hospitais Universitários Federais**.






Prazo para solicitação

- Ao ingressar na Ebserh ou
- A qualquer momento

Como solicitar

- Por meio do **Sistema SEI**




Documentação necessária

-  Formulário de Cadastro de Dependentes
-  Certidão de casamento / união estável (cônjuge)
-  Certidão de nascimento (filho / enteado)
-  RG e CPF do empregado
-  Documento que comprove o parentesco com o requerente

Tem formulário próprio?

- Sim.** Disponível no **SEI – Formulário de Cadastro de Dependentes**

Normas e legislações aplicáveis

-  Acordo Coletivo de Trabalho (ACT)
-  Regulamento de Pessoal nº 07/2019
-  Sistema Integrado de Gestão de Pessoas – **SIGP**

Área responsável

UAP – Unidade de Administração de Pessoal

Observações

- 📌 É necessário que a **idade dos dependentes** esteja de acordo com os limites previstos no **ACT** e no **Regulamento de Pessoal da Ebserh**, para fins do benefício **APF – Acompanhar Pessoa da Família**.
- ⌚ Após o envio da solicitação de **Inclusão de Dependente**, o colaborador deverá **aguardar no mesmo processo** o despacho da **DivGP**, confirmando o lançamento.
- 🔄 Após o lançamento do benefício **APF** pelo serviço de documentação e registro, verificar se há solicitação para **outros benefícios** (Assistência Médica e Odontológica, Auxílio Pré-Escolar, Portador de Necessidades Especiais, Dependente IRRF e Salário Família) e **atribuir o processo SEI** ao **Serviço de Pagamento da DivGP** para providências.
- ⚠️ Caso o usuário identifique o **não lançamento no prazo de até 08 dias**, deverá **procurar a DivGP**.

Férias

[Consulte aqui as informações importantes sobre as férias](#)

[Consulte aqui o videotutorial com o passo a passo](#)

Férias

Descrição

As **férias** correspondem ao **período de descanso anual** que deve ser concedido ao empregado após o exercício de atividades por **12 meses**.

Requisitos (Quem pode solicitar)

- Empregado **ativo** que tenha cumprido **no mínimo 12 meses de exercício**.

Prazo para solicitação

- Até o **5º dia útil do mês anterior** à ocorrência do **agendamento ou alteração** de férias.



Exemplo:


Férias para **janeiro/2026** → enviar o agendamento ou alteração até o **5º dia útil de dezembro/2025**.

Como solicitar:

- Por meio do **Formulário de Programação de Férias – Empregados CLT**

Documentação necessária






-  **Formulário de Programação de Férias** ou
-  **Formulário de Alteração de Férias – Empregados CLT**, devidamente **assinado pelo colaborador e pela chefia nomeada**.

 Após as assinaturas, o processo deverá ser **encaminhado à Unidade de Administração de Pessoal (UAP)**.

Tem formulário próprio?

Sim. Disponível no **SEI**.






Normas e legislações aplicáveis

-  Art. 133 da CLT
-  §1º do Art. 143 da CLT
-  Acordo Coletivo de Trabalho (ACT) 2018/2019
-  Decreto-Lei nº 1.535, de 13/04/1977
-  Portaria SEI nº 128, de 13 de julho de 2021

Área responsável

UAP – Unidade de Administração de Pessoal

Observações

-  É vedado o início das férias **nos dois dias que antecedem feriado, no próprio feriado, às sextas-feiras, sábados e domingos**
-  As férias dos empregados poderão ser fracionadas em até 3 (três) períodos de qualquer quantidade cada, desde que nenhum deles seja inferior a 5 (cinco) dias corridos
-  Somente serão **acatadas as programações devidamente autorizadas e assinadas pelas chefias imediatas.**
-  Após a confirmação da programação de férias, o processo é **devolvido à unidade de origem**, e as chefias e os empregados podem acompanhar o lançamento **no espelho de ponto eletrônico, no Portal do Empregado.**
-  Considerando a instituição do eSocial, por meio do Decreto nº 8.373/2014, os registros de férias são encaminhados à Carteira de Trabalho e Previdência Social (CTPS) digital, sendo **dispensada a apresentação da CTPS física para anotação.**

Abonos Anuais de Ponto - Acordo Coletivo de Trabalho

[Consulte aqui o vídeotutorial com o passo a passo](#)



[Consulte aqui o passo a passo em formato .pdf](#)




Abonos Anuais de Ponto – Acordo Coletivo de Trabalho

Requisitos básicos





- Ser **empregado efetivo ou temporário** da Ebserh.

Informações gerais

-  A Ebserh concede **02 (dois) abonos anuais de ponto, não cumulativos**, condicionados à **comunicação à chefia imediata com antecedência mínima de 15 (quinze) dias**, para **aprovação**.
-  A fruição dos abonos deverá **respeitar a manutenção da prestação dos serviços públicos**, tanto na **Administração Central** quanto nas **filiais**.

-  Os abonos poderão ser utilizados para **compensação de banco de horas negativo não expirado**.
-  Os abonos poderão ser **fruídos durante o período de experiência**.
-  O usufruto do abono deverá **obedecer ao período de vigência do ACT**.

Documentação e formulários necessários

-  Formulário de Programação de Abono(s)
-  Formulário de Alteração da Programação de Abono(s)
 - Os formulários devem estar devidamente assinados pelo empregado solicitante e pela chefia imediata
-  Após as assinaturas, o processo deverá ser **encaminhado à Unidade de Administração de Pessoal (UAP)**.
-  Tem formulário próprio?

 **Sim.** Disponível no SEI.

Alteração de Horário Individual

[Consulte aqui o videotutorial com o passo a passo](#)


[Consulte aqui o passo a passo em formato .pdf](#)

Alteração de Horário Individual

Requisitos básicos

- Ser **empregado efetivo ou temporário**.

Informações gerais

-  A solicitação de **alteração do horário individual de trabalho** deverá ser **assinada pelo(a) empregado(a) e pela chefia imediata e encaminhada à UAP** com **antecedência mínima de 10 (dez) dias** da data prevista para início do novo horário.

Documentação e formulários necessários

-  **Formulário de Inclusão/Alteração de Horário**, disponível no SEI.

Solicitação de Auxílio Transporte

[Consulte aqui o passo a passo em formato .pdf](#)

Auxílio Transporte






Descrição


Benefício destinado ao **ressarcimento das despesas de deslocamento** do empregado da **Ebserh** no trajeto **residência–trabalho e vice-versa**, realizado por meio de **transporte coletivo público**, urbano, intermunicipal e/ou interestadual, com características semelhantes ao urbano.

Requisitos (Quem pode solicitar)

- Todos os **empregados do quadro efetivo, temporário e demais ocupantes de função gratificada ou cargo em comissão** dos **Hospitais Universitários Federais**.

Características do transporte






-  Ser **gerido diretamente pelo Poder Público** ou por **empresa privada mediante concessão ou permissão**;
-  Ser utilizado como meio de transporte **ônibus, metrô, trem ou barca**, preferencialmente **sem bagageiro**;
-  Possuir capacidade para deslocar **mais de 20 (vinte) passageiros**, sentados ou em pé;
-  **Não possuir assentos numerados**;
-  Efetuar **deslocamento segmentado** (de ponto em ponto) entre a partida e o ponto final;

-  Utilizar **cobrador, catraca mecânica ou eletrônica**, com **linhas regulares** e **tarifas fixadas pela autoridade competente**, independentemente da distância ou do tempo de deslocamento.



Prazo para solicitação

- **A qualquer momento.**

Como solicitar

-  Acessar o **SEI**;
-  Iniciar processo do tipo **“Gestão de Folha de Pagamento e Benefícios”**;
-  Selecionar **“Pessoal: Gestão de Folha de Pagamento e Benefícios”** e marcar a opção **“automático”**;
-  Especificar: **“Auxílio Transporte – Inclusão/Alteração/Exclusão – nome completo do(a) empregado(a)”**;
-  Definir **nível de acesso restrito**, incluir os **interessados** e **salvar**.

Documentação necessária

-  **Formulário de Auxílio Transporte**
-  **Comprovante de residência**

Tem formulário próprio?

-  **Sim.** Disponível no **SEI – Formulário de Auxílio Transporte**.








Normas e legislações aplicáveis

-  [POP.DGP.050](#)

Área responsável

UAP – Unidade de Administração de Pessoal

Observações

-  O **comprovante de residência** a ser anexado deverá ser **conta de água, luz ou gás**, com **consumo diferente de zero, em nome do(a) empregado(a)**.
-  Caso o comprovante **não esteja em nome do(a) empregado(a)**, deverão ser anexados **documentos complementares**, tais como:  Extrato de conta bancária;  Conta de telefone (fixo ou celular);  Fatura de cartão de crédito;  Conta de provedor de internet;  Declaração de bens e rendimentos; todos **em nome do(a) interessado(a)** e com o **mesmo endereço** informado nas contas de serviços públicos.

Solicitação de avaliação de adicional de risco







[Consulte aqui o passo a passo em formato .pdf](#)

Solicitação de Avaliação de Adicional de Risco

Descrição

O [POP.DGP.015](#) estabelece as **responsabilidades, critérios e atividades** a serem adotados na **solicitação de adicionais de risco** para trabalhadores(as) da **Rede Ebserh**, por ocasião de **admissão, remanejamento ou solicitação específica**.

Público-alvo / A quem se aplica




-  Empregados(as) da **UAP – Unidade de Administração de Pessoal**;
-  Profissionais competentes das **Usost**;
-  Gestores(as);
-  Empregados(as) do **quadro de pessoal da Ebserh**;
-  Servidores(as) do **RJU cedidos(as)** para exercício de **Cargo em Comissão (CC) ou Função Gratificada (FG)**;
-  Ocupantes de **cargos em comissão sem vínculo**.

Licença sem vencimentos para tratar de interesse particular




[Consulte aqui o passo a passo em formato .pdf](#)

Licença sem Vencimentos para Tratar de Interesses Particulares


Requisitos básicos

-  **3(três) anos de efetivo exercício** na Empresa;
-  **Autorização da chefia imediata** e da **Gerência**;
-  **Aprovação do(a) Superintendente**.

Informações gerais

-  A licença poderá ser **prorrogada uma única vez**, por **igual período**.
-  Poderá ser **interrompida a qualquer tempo**, a pedido do empregado ou **no interesse da Administração**.
-  Após a concessão da **licença sem remuneração**, o empregado somente poderá **solicitá-la novamente após transcorrido o prazo de 3 (três) anos de efetivo exercício**.

Documentação e formulários necessários

-  **Declaração – Concessão de Licença sem Remuneração**


Registro de licenças e afastamentos

[Consulte aqui o passo a passo em formato .pdf](#)


Registros de Licenças e Afastamentos

-->  **Ausência para Depoimento em Inquérito Policial ou Judicial**



Requisitos básicos

-  **Intimação ou convocação** para prestar depoimento policial ou comparecer em juízo.

Informações gerais


-  Trata-se de **afastamento de direito do empregado**, pelo **tempo necessário** ao comparecimento em audiência para depoimento em **inquérito policial ou processo judicial**.

Documentação e formulários necessários






-  **Formulário para Solicitação de Afastamento** (disponível no SEI), assinado pelo empregado interessado e pela chefia imediata.
-  **Declaração de comparecimento**, contendo **horário de início e término** do período em que o empregado permaneceu à disposição do juízo ou da autoridade policial.

--> Ausência para Doação de Sangue

Requisitos básicos

-  **Atestado médico** fornecido pelo **hemocentro**.

Informações gerais



-  Conforme o **art. 36 do Regulamento de Pessoal**, o empregado poderá **deixar de comparecer ao serviço, sem perda da remuneração**, por motivo de **doação de sangue**, por **1 (um) dia a cada seis meses de trabalho**.
-  Em caso de **agendamento eletivo** coincidente com a jornada de trabalho, o empregado deverá **comunicar previamente o(a) gestor(a) imediato(a)**, com antecedência suficiente para **reorganização das escalas**, conforme definição da chefia.
-  **Documentação e formulários necessários**
 -  **Formulário para Solicitação de Afastamento** (disponível no SEI), assinado pelo empregado interessado e pela chefia imediata.
 -  **Declaração de comparecimento**, contendo a **data** que o empregado permaneceu realizou a doação de sangue.

--> Licença Gala



Requisitos básicos

- Ser **empregado efetivo ou temporário da Ebserh**.

Informações gerais

-  A Ebserh concede **08 (oito) dias consecutivos de Licença Gala**, contados a partir: da **data do casamento**, ou da **data do registro da união estável em cartório**.
-  Quando o início da licença ocorrer na data do **casamento religioso**, o empregado deverá **comprovar o evento** por meio de **declaração em papel timbrado da instituição religiosa**, assinada pela autoridade religiosa responsável.

Documentação e formulários necessários

-  **Formulário para Solicitação de Afastamento** (disponível no SEI), assinado pelo empregado interessado e pela chefia imediata.
-  **Certidão de casamento** ou **registro de união estável em cartório**.

--> Licença Paternidade


Requisitos básicos

- Ser **empregado efetivo ou temporário da Ebserh**.

Informações gerais




Licença Paternidade

(Art. 35, III, do Regulamento de Pessoal)


-  **Duração:** 05 (cinco) dias consecutivos, contados a partir da **data do nascimento** ou da **adoção** da criança.






Prorrogação da Licença Paternidade

(Lei nº 11.770/2008, art. 1º, inciso II)

-  **Duração adicional:** 15 (quinze) dias consecutivos, totalizando até **20 dias**;
-  **Prazo para solicitação:** até **05 (cinco) dias úteis após o parto**;
-  **Requisitos:** Participação comprovada em **programa de orientação sobre paternidade responsável**, ou **Comprovação de acompanhamento da gestante durante o pré-natal**.

Documentação e formulários necessários

-  **Formulário para Solicitação de Afastamento** (disponível no SEI), assinado pelo empregado interessado e pela chefia imediata.

-  **Certidão de nascimento** ou **documento judicial de guarda/adoção**;
-  **Documentos adicionais para prorrogação**, quando aplicável:
-  Cópia do **Cartão de Pré-Natal da mãe**, **declaração de participação em programa de paternidade responsável** ou **atestado de acompanhamento gestacional**;
-  Em caso de **atividade remunerada paralela informal/autônoma**: declaração ou documento que comprove **afastamento simultâneo**;
-  **Declaração dos vínculos de trabalho existentes**, se houver, com comprovação (ex.: **CTPS Digital**).



--> ● Licença por Morte de Familiar

Requisitos básicos




- Ser **empregado efetivo ou temporário da Ebserh**.

Informações gerais

A Ebserh concede licença ao empregado em caso de **falecimento de familiar**, conforme abaixo:


-  **08 (oito) dias consecutivos**, a contar da data do óbito, para: cônjuge ou companheiro(a), pais, filhos e irmãos;
-  **03 (três) dias consecutivos**, a contar da data do óbito, para: avós, netos, sogros, noras, genro ou pessoa devidamente **inscrita como dependente**.

Documentação e formulários necessários

-  **Formulário para Solicitação de Afastamento** (disponível no SEI), assinado pelo empregado interessado e pela chefia imediata.
-  **Certidão de óbito**;
-  Documento que **comprove o grau de parentesco** (RG ou certidão/casamento do empregado)

ALISTAMENTO ELEITORAL

Art. 36, II, Regulamento de Pessoal

-  Afastamento de até **02 (dois) dias**, consecutivos ou não;

- 🕒 O empregado deverá, **preferencialmente**, comparecer ao cartório eleitoral em horário diverso da respectiva escala de trabalho;
- 📄 Para fins de **cadastro do afastamento, abono de horas e atualização cadastral do Título de Eleitor**, o empregado deverá informar que esteve ausente do serviço, com ciência da chefia imediata.

📎 Documentação obrigatória:

- 📁 **Formulário para Solicitação de Afastamento (disponível no SEI)**, assinado pelo empregado interessado e pela chefia imediata.
- 📄 Anexar **declaração de comparecimento** emitida pelo órgão competente;
- 🆔 Anexar **cópia do Título de Eleitor atualizado**.


🏠 LICENÇA PARA ACOMPANHAMENTO DE DEPENDENTE EM INTERNAÇÃO HOSPITALAR

📄 ACT – Cláusula Vigésima Oitava

- 📅 Licença de até **15 (quinze) dias por ano-calendário civil**;
- 🧑👩👦 Destinada ao **acompanhamento de dependente do empregado em internação hospitalar**.

📎 Documentação obrigatória:



- 📁 **Formulário para Solicitação de Afastamento (disponível no SEI)**, assinado pelo empregado interessado e pela chefia imediata.
- 📄 Anexar **declaração de acompanhamento de dependente em internação hospitalar**, em até **05 (cinco) dias úteis**, contendo obrigatoriamente:
 - 🏢 Timbre do estabelecimento;
 - 👤 Nome completo do dependente em internação;
 - 🧑 Nome do empregado acompanhante;
 - 🕒 Data e hora de início da internação;
 - 🕒 Data e hora final da internação (se houver);
 - 📍 Local e data de admissão;
 - ✍️ Assinatura e carimbo da administração;

-  A declaração deverá ser apresentada **após a alta hospitalar e/ou ao final do acompanhamento**, respeitando o limite máximo de **15 dias**.

REALIZAÇÃO DE PROVAS DE EXAME VESTIBULAR

 *Art. 36, V, Regulamento de Pessoal*



Documentação obrigatória:

-  Formulário para Solicitação de Afastamento (disponível no SEI), assinado pelo empregado interessado e pela chefia imediata.
-  Anexar **declaração de comparecimento** à prova ou exame.

PARTICIPAÇÃO EM REUNIÕES DA COMISSÃO DE NEGOCIAÇÃO DO ACORDO COLETIVO, DE EMPREGADOS REPRESENTANTES DOS SINDICATOS

 *Art. 36, VI, Regulamento de Pessoal*

Documentação obrigatória:

-  Formulário para Solicitação de Afastamento (disponível no SEI), assinado pelo empregado interessado e pela chefia imediata.
-  Anexar **declaração de comparecimento** às reuniões.

Afastamentos Previstos no Regulamento de Pessoal da Ebserh

[Consulte aqui o vídeo informativo com os afastamentos previstos no Regulamento de Pessoal da Ebserh](#)

Solicitação de Afastamento por Serviço Eleitoral - Folga de T.R.E

[Consulte aqui o passo a passo em formato .pdf](#)



Solicitação de Afastamento por Serviço Eleitoral – Folga T.R.E.

Requisitos básicos



- Ser **empregado efetivo ou temporário da Ebserh**;

-  Existência de **relação trabalhista com a Ebserh** à época da **convocação pela Justiça Eleitoral**.

Informações gerais

-  Conforme o **art. 98 da Lei nº 9.504/1997**, os eleitores nomeados para compor **Mesas Receptoras ou Juntas Eleitorais**, bem como os **requisitados para auxiliar nos trabalhos eleitorais**, serão **dispensados do serviço**, mediante **declaração expedida pela Justiça Eleitoral**, **sem prejuízo da remuneração**, vencimentos ou quaisquer outras vantagens, **pelo dobro dos dias de convocação**.
-  As folgas deverão ser **concedidas pela empresa** com a qual o empregado mantiver **relação de trabalho no momento da aquisição do benefício**, ficando **limitadas à vigência do vínculo empregatício**.

Documentação e formulários necessários





-  **Formulário para Solicitação de Afastamento** (disponível no SEI);
-  **Declaração expedida pela Justiça Eleitoral**.

Inclusão/Alteração/Exclusão de Ressarcimento de Plano de Saúde

[Consulte aqui o passo a passo em formato .pdf](#)

Inclusão / Alteração / Exclusão de Ressarcimento de Plano de Saúde

Requisitos básicos

- Ser **colaborador da Ebserh**, enquadrado em uma das seguintes categorias:  Empregado efetivo;  Ocupante de cargo comissionado **sem vínculo**;  Servidor público **cedido à Ebserh**.
-  Ser **titular do contrato do plano de saúde** (art. 7º). Caso o **dependente seja o titular** por exigência da operadora, o colaborador deverá **comprovar a responsabilidade financeira** por meio da **Declaração do Imposto de Renda** ou **declaração de dependência econômica** (art. 8º).

- 📄 O plano de saúde deve ser **contratado diretamente** ou por intermédio das **entidades previstas em norma** (administradoras, sindicatos, conselhos, associações etc.).




Informações gerais

- 🇵🇹 O ressarcimento é concedido ao **empregado titular do contrato** do plano de saúde e aos seus **dependentes legais**, quais sejam: 👤 Cônjuge, companheiro(a) em união estável; 👤 Pessoa separada judicialmente, divorciada ou com união estável dissolvida judicialmente, que receba **pensão alimentícia**;
- 🧒 Filhos(as) e enteados(as), **solteiros(as)**, até **21 anos incompletos**, ou **com deficiência**, independentemente da idade;
- 🎓 Filhos(as) e enteados(as) entre **21 e 24 anos incompletos**, dependentes economicamente, quando **estudantes de curso regular reconhecido pelo MEC**;
- 🧑 Menores sob **guarda ou tutela** e maiores sob **curatela**, desde que concedidas por **decisão judicial**.
- 📌 Quando a operadora exigir que o **dependente legal figure como titular**, o ressarcimento somente será devido se houver **comprovação da responsabilidade financeira** do colaborador por meio da **Declaração do Imposto de Renda**, acompanhada de **declaração da administradora do plano** confirmando a exigência.
- 🦷 Caso o colaborador contrate **planos Médico e Odontológico separados**, inclusive em **operadoras diferentes**, será considerada a **somatória dos valores**, respeitado o **limite estabelecido no ACT**.



Formas de contratação aceitas

O auxílio será devido quando o plano de saúde for contratado:

- 📊 Por **Administradora de Benefícios**;
- 🧑🏫 Por **conselhos profissionais ou entidades de classe**, quando exigido registro para o exercício da profissão;
- 🏛️ Por **sindicatos, centrais sindicais, federações e confederações**;
- 🏛️ Por **associações profissionais legalmente constituídas**;
- 🤝 Por **cooperativas** de categorias ou classes de profissões regulamentadas;








-  Por **caixas de assistência e fundações de direito privado**, conforme RN ANS nº 195/2009 ou norma superveniente;
-  Por entidades previstas nas **Leis nº 7.395/1985 e nº 7.398/1985**;
-  Por outras **pessoas jurídicas autorizadas pela ANS**.

Manutenção do benefício

-  A manutenção do ressarcimento exige a **comprovação das despesas**, a ser apresentada nos meses de **março e setembro** de cada ano.
-  O colaborador estará sujeito à **reposição ao erário** caso não comprove as despesas ou sejam constatadas **divergências com prejuízo aos cofres públicos**.



Situações que impedem o ressarcimento






(Norma SEI nº 3/2020/DGP-EBSERH)

-  Faltas ou ausências **não justificadas superiores a 15 dias no mês** (art. 18);
-  **Licença para tratar de interesses particulares**;
-  Ressarcimento em **duplicidade pelo mesmo dependente** (art. 16);
-  Ressarcimento simultâneo pelo **cônjuge em outro órgão público** (art. 17);
-  **Plano com coparticipação**: ressarcimento restrito ao **valor fixo da mensalidade** (art. 21);
-  **Planos com subvenção pública** (art. 22);
-  Colaborador como **sócio ou titular de pessoa jurídica** contratante do plano (art. 23).




Documentação e formulários necessários

Para solicitação inicial do benefício

-  **Formulário de Ressarcimento de Plano de Saúde** (disponível no SEI);
-  **Contrato do Plano de Saúde / Proposta de Adesão**;

-  **Comprovante de pagamento;**
-  **Certidão de nascimento** dos filhos, enteados ou dependentes, com **guarda judicial**, se for o caso;
-  **Comprovante de matrícula** em curso reconhecido pelo MEC, quando aplicável;
-  **Certidão de casamento** ou **reconhecimento de união estável**, se for o caso;
-  **Declaração do Imposto de Renda**, quando aplicável.

Para comprovação semestral das despesas

-  **Boletos mensais** e respectivos **comprovantes de pagamento**, ou
-  **Declaração da operadora ou administradora**, discriminando mensalidade e coparticipação por beneficiário, com **atesto de quitação**;
-  **Declaração do Imposto de Renda** ou de **dependência econômica**, quando o dependente figurar como titular do plano (art. 8º da Norma Operacional DGP nº 03/2020).

Movimentação de Pessoal – Rede Ebserh

A Norma de Movimentação de Pessoal da Ebserh ([Norma SEI nº 03/2021.DGP.EBSERH](#)) define **como e quando o empregado pode mudar sua lotação**, seja **dentro da mesma unidade** ou **entre hospitais da Rede**, sempre com procedimentos formais e responsabilidades bem definidas para o empregado.

1. Remanejamento Interno

 **Dentro da mesma unidade (hospital)**

O que é

Mudança de setor/área **sem sair do hospital**.


Ações do Empregado

 Preencher o **Formulário de Remanejamento Interno (Anexo I)**



 Dar **ciência formal** da mudança

Procedimentos Necessários

- ✓ Anuência e assinatura da chefia de origem
- ✓ Anuência e assinatura da chefia de destino
- ✓ Compatibilidade com as atribuições do cargo

 **Observação:** Não gera mudança de domicílio nem ônus financeiro.

2. Movimentação a Pedido

-  **Entre unidades diferentes da Rede Ebserh**
-  **Aplica-se somente a empregados efetivos.**

2.1 Modalidade Individual

Via Banco de Oportunidades



O que o empregado precisa fazer


 Realizar e manter **cadastro ativo** no **Banco de Oportunidades no Portal do Empregado**, **conforme seu interesse**


-  Indicar **apenas uma unidade de destino**

Após convocação


-  Dar **ciência no processo SEI em até 72 horas**

 Preencher a **Declaração para fins de lotação (Anexo VI ou VII)** -  **Informar se possui ou não restrição de saúde**

 **Preencher o Anexo II - Norma SEI nº 3/2021**, assinar no SEI, solicitar assinatura da chefia imediata, da Gerência, da Superintendência e da DIVGP do seu hospital

 **Preencher o Anexo II.1 - Norma SEI nº 3/2021, assinar no SEI**, solicitar assinatura da chefia imediata, da DIVGP do seu hospital e da DIVGP do Hospital de destino

Prazo de Trânsito

 **10 dias corridos**, se houver mudança obrigatória de domicílio

Responsabilidades Importantes

✓ Compensar todo o **saldo de banco de horas antes da movimentação**

✓ Arcar com **todas as despesas da mudança**

✗ Não é permitida desistência após a publicação da portaria de movimentação

2.2 Modalidade Permuta


 **Entre unidades diferentes da Rede Ebserh**


 **Troca de lotação entre dois empregados**


Ações do Empregado



 Um dos interessados deve **abrir processo no SEI**

Documentos obrigatórios

 Cada empregado preencher o formulário de Permuta (**Anexo III**), assinar no SEI, solicitar assinatura da chefia imediata, da Gerência, da Superintendência e da DIVGP do seu hospital

 Proposta de vigência (**Anexo III.1**), solicitar assinatura da chefia imediata, da DIVGP do seu hospital e da DIVGP do Hospital de destino


 Comprovação de inscrição no Banco de Oportunidades


 Declaração para fins de lotação (Anexo VI ou VII) -  **Informar se possui ou não restrição de saúde**

 Última Avaliação de Desempenho

 Declarações de acúmulo de cargos e documentos complementares

Prazo de Trânsito

 **10 dias corridos**, se houver mudança obrigatória de domicílio

 Despesas totalmente por conta do empregado

3. Movimentação por Interesse da Empresa

 Por iniciativa da Administração

 Entre unidades diferentes da Rede Ebserh


 Pode ser **temporária ou definitiva**

Responsabilidades do Empregado

 Formalizar **anuência/concordância expressa** à movimentação


 Assinar o **Termo Aditivo ao Contrato (Anexo VIII)**

Ressarcimento de mudança (quando houver)

 Abrir processo no SEI direcionado à **DGP**

 Anexar:

- Formulário (**Anexo XII**)
- **3 orçamentos**
- Contrato da mudança (se houver)
- DACTE - Documento Auxiliar do Conhecimento de Transporte Eletrônico
- Documentos de dependentes legais (se aplicável)

 Nesta modalidade, a Ebserh pode custear passagens, transporte de mobiliário e adicional de transferência (quando previsto).

4. Movimentação em Caráter de Excepcionalidade

 Entre unidades – despesas por conta do empregado

 Aprovação em outro concurso da Ebserh

Ações


 Abrir processo no SEI

 Anexar:

- Edital de convocação
- Formulários:
 - **Anexo IV** - assinar no SEI, solicitar assinatura da chefia imediata, da Gerência, da Superintendência e da DIVGP do seu hospital
 - **Anexo IV.1** - assinar no SEI, solicitar assinatura da chefia imediata, da DIVGP do seu hospital e da DIVGP do Hospital de destino

Acompanhamento de cônjuge ou outro vínculo público

Ações

 Abrir processo na unidade de origem


Documentos obrigatórios

 Formulários:

- **Anexo V** - assinar no SEI, solicitar assinatura da chefia imediata, da Gerência, da Superintendência e da DIVGP do seu hospital
- **Anexo V.1** - assinar no SEI, solicitar assinatura da chefia imediata, da DIVGP do seu hospital e da DIVGP do Hospital de destino

 Declaração para fins de lotação (Anexo VI ou VII)


 Certidão de casamento ou união estável


 Documento que comprove **transferência ex officio** do cônjuge ou do outro vínculo público


Violência Doméstica

Processo sigiloso

Ações da Empregada

 Abrir processo sigiloso no SEI

 Anexar **ordem judicial vigente** (emitida há menos de 1 ano) com medidas protetivas


 Pode haver exercício imediato na unidade de destino, conforme decisão judicial.

Regras Gerais Importantes para o Empregado

 Informar se responde a **processo administrativo sancionador**

 Compensar **saldo de banco de horas** antes da movimentação

 Proibida desistência após publicação da portaria

 Apresentar-se na unidade de destino:

- Imediatamente após a vigência, ou
- Após o período de trânsito (quando houver)