



Governo de Sergipe
SECRETARIA DE ESTADO DA ADMINISTRAÇÃO
GERÊNCIA DE RECRUTAMENTO E SELEÇÃO DE PESSOAL

FICHA DE CADASTRO

CARGO: <i>Analista de Planejamento</i>	Edital: <i>02/2019</i>	<i>CONCURSO</i> <i>FUNCIONÁRIO PÚBLICO</i>
REGIME:	<input checked="" type="checkbox"/> CONTE (O TEMPORÁRIO (X) PERÍODO <i>ESTÁVEL</i>)	

DADOS PESSOAIS

NOME

DATA NASC. ____/____/____	NATURALIDADE	NACIONALIDADE	ESTADO CIVIL	SEXO M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
-------------------------------------	---------------------	----------------------	---------------------	--

ENDEREÇO RESIDENCIAL	CIDADE
-----------------------------	---------------

BAIRRO	CEP	TELEFONES:
---------------	------------	-------------------

CARTEIRA IDENTIDADE	DATA EMISSÃO	UF	NÍVEL DE INSTRUÇÃO QUE POSSUE (completo) Superior <input type="checkbox"/> Especialização <input type="checkbox"/> Mestrado <input type="checkbox"/> Doutorado <input type="checkbox"/>
----------------------------	---------------------	-----------	---

CPF	PIS/PASEP	Título Eleitoral	Zona Eleitoral	Seção Eleitoral
------------	------------------	-------------------------	-----------------------	------------------------

BANCO	AGÊNCIA	CONTA	TIPO
--------------	----------------	--------------	-------------

FILIAÇÃO	PAI _____
	MÃE _____

BANCO	AGÊNCIA	CONTA
--------------	----------------	--------------

PASSAPORTE	DATA DO VISTO	ANO DE CHEGADA NO BRASIL
-------------------	----------------------	---------------------------------

OBSERVAÇÕES: A não comprovação dos requisitos, no ato da convocação, importará na desclassificação do candidato habilitado e na perda dos direitos decorrentes, conforme item 13.3 do Edital nº 02/2019.

_____ DATA	_____ ASSINATURA DO CANDIDATO
-------------------	--------------------------------------

ATENÇÃO: Preencher os campos deste formulário de forma legível, sendo de responsabilidade do candidato as informações nele prestadas.

USO EXCLUSIVO DA SEAD

TIPO DE OCORRÊNCIA	FONTE DE RECURSO	DATA INÍCIO DE EXERCÍCIO	DATA PUBLICAÇÃO	DATA POSSE
VALOR DA REMUNERAÇÃO <i>R\$ 2.194,80</i>	<i>Regime de plantão (Diurno e Noturno) 1236 horas por mês</i>			
Responsável pela Posse	Responsável pelo Cadastramento			

Governo de Sergipe
SECRETARIA DE ESTADO DO PLANEJAMENTO ORÇAMENTO E GESTÃO
DIRETORIA GERAL DE PERÍCIA MÉDICA OFICIAL

QUESITOS PARA EXAME DE ADMISSÃO

1 - Tem alguma queixa relativa à saúde?

SIM NÃO

2 - Já foi acometido (a) de alguma doença anteriormente?

SIM NÃO

3 - Tem história de doença na família?

SIM NÃO

4 - Já foi submetido (a) a algum tipo de cirurgia?

SIM NÃO

5 - Já esteve internado (a) alguma vez?

SIM NÃO

6 - Tem alergia a algum tipo de medicamento, alimento, etc.?

SIM NÃO

Qual? _____

7 - Usa algum tipo de medicamento regularmente?

SIM NÃO

Qual? _____

8 - Faz alguma atividade física?

SIM NÃO

9 - Tem ou já teve algum tipo de transtorno psiquiátrico?

SIM NÃO

10 - Faz uso de tabaco, álcool e outras drogas?

SIM NÃO

11 - Tem filhos?

SIM NÃO

Quantos? _____ Idade (s): _____

12 - Já sofreu algum tipo de acidente?

SIM NÃO

13 - Já sofreu algum tipo de fratura?

SIM NÃO

14 - Algum problema de saúde na família (atualmente) ?

SIM NÃO

15 - Existe algum problema que impeça a viagem para outra localidade?

SIM NÃO

DECLARO, estar ciente de que prestar declaração falsa é crime previsto no art. 299 do Código Penal Brasileiro, sujeitando o declarante às suas penas, sem prejuízo de outras sanções cabíveis.

Ciente: _____
Assinatura do Candidato

Médico que o examinou

NOME: _____

CPF: _____

RG: _____

Aracaju (Data da Perícia), ____/____/____