



“BRASIL – DO CABURÁÍ AO CHUÍ”
SECRETARIA MUNICIPAL DE ADMINISTRAÇÃO E GESTÃO DE PESSOAS
GABINETE DO SECRETÁRIO

Rua: General Penha Brasil, nº 1011 - São Francisco - Palácio 9 de Julho
 Fone: (095) 3621-1700 - CEP 69.305-130 - Boa Vista - Roraima

DECLARAÇÃO DE IDONEIDADE FUNCIONAL

NOME:	
CARGO:	
NACIONALIDADE:	NATURALIDADE:
RG:	SSP:
CPF:	
RESIDENTE E DOMICILIADO (A):	

DECLARA, para fins de posse em cargo público do Município de Boa Vista, que não foi demitido (a) de cargo efetivo ou destituído (a) de cargo em comissão dos órgãos ou entidades da União, Estados, Distrito Federal ou Municípios, nos últimos 5 (cinco) anos, pela prática das infrações previstas no art. 132 da Lei Complementar Municipal nº 003/12.

Por ser verdade, firmo a presente declaração para que surta os efeitos legais.

Boa Vista, ____ de _____ de 2019.

 Assinatura do Candidato





“BRASIL – DO CABURÁ AO CHUÍ”
SECRETARIA MUNICIPAL DE ADMINISTRAÇÃO E GESTÃO DE PESSOAS
GABINETE DO SECRETÁRIO

Rua: General Penha Brasil, nº 1011 - São Francisco - Palácio 9 de Julho
 Fone: (095) 3621-1700 - CEP 69.305-130 - Boa Vista - Roraima

**DECLARAÇÃO DE QUE NÃO É APOSENTADO OU REFORMADO POR
 INVALIDEZ**

NOME:	
CARGO:	
NACIONALIDADE:	NATURALIDADE:
RG:	SSP:
CPF:	
RESIDENTE E DOMICILIADO (A):	

DECLARA, para fins de posse em cargo público do Município de Boa Vista, que não percebe proventos de aposentadoria decorrentes do art. 40 (ex-servidor público civil) ou dos arts. 42 e 142 (ex-servidor militar) da Constituição Federal, que sejam incompatíveis com o cargo em que tomará posse.

Por ser verdade, firmo a presente declaração para que surta os efeitos legais.

Boa Vista, ____ de _____ de 2019.

 Assinatura do Candidato





“BRASIL – DO CABURÁ AO CHUÍ”
SECRETARIA MUNICIPAL DE ADMINISTRAÇÃO E GESTÃO DE PESSOAS
GABINETE DO SECRETÁRIO

Rua: General Penha Brasil, nº 1011 - São Francisco - Palácio 9 de Julho
 Fone: (095) 3621-1700 - CEP 69.305-130 - Boa Vista - Roraima

DECLARAÇÃO DE BENS E VALORES

NOME:	
CARGO:	
NACIONALIDADE:	NATURALIDADE:
RG:	SSP:
CPF:	
RESIDENTE E DOMICILIADO (A):	

DECLARA, para fins de posse em cargo público do Município de Boa Vista, de acordo com o disposto no art. 13, § 5º da Lei Complementar Municipal nº 003/12¹, que os seguintes bens integram o meu patrimônio:

A. NÃO POSSUIR BENS OU VALORES ()		
B. POSSUIR OS SEGUINTE BENS E VALORES:		
DESCRIÇÃO DO BEM	VALOR ESTIMADO	QUITADO SIM/NÃO

Por ser verdade, firmo a presente declaração para que surta os efeitos legais.

Boa Vista, ____ de _____ de 2019.

Assinatura do Candidato

1 Art. 13. A posse dar-se-á pela assinatura do respectivo termo, no qual deverão constar as atribuições, os deveres, as responsabilidades e os direitos inerentes ao cargo ocupado, que não poderão ser alterados unilateralmente por qualquer das partes, ressalvados os atos de ofício previstos em lei.

(...) § 5º No ato da posse, o servidor apresentará declaração de bens e valores que constituem seu patrimônio e declaração quanto ao exercício ou não de outro cargo, emprego ou função pública.





“BRASIL – DO CABURÁÍ AO CHUÍ”
SECRETARIA MUNICIPAL DE ADMINISTRAÇÃO E GESTÃO DE PESSOAS
GABINETE DO SECRETÁRIO

Rua: General Penha Brasil, nº 1011 - São Francisco - Palácio 9 de Julho
 Fone: (095) 3621-1700 - CEP 69.305-130 - Boa Vista - Roraima

DECLARAÇÃO DE DEPENDENTES LEGAIS

NOME:	
CARGO:	
NACIONALIDADE:	NATURALIDADE:
RG:	SSP:
CPF:	
RESIDENTE E DOMICILIADO (A):	

DECLARA, para fins de posse em cargo público do Município de Boa Vista, que:

<p>A. NÃO POSSUI DEPENDENTES LEGAIS ()</p> <p>B. RELAÇÃO DE DEPENDENTES:</p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
<p>OBS: Especificar a data de nascimento do dependente e o motivo da dependência.</p>

Por ser verdade, firmo a presente declaração para que surta os efeitos legais.

Boa Vista, ____ de _____ de 2019.

Assinatura do Candidato





“BRASIL – DO CABURÁ AO CHUÍ”
SECRETARIA MUNICIPAL DE ADMINISTRAÇÃO E GESTÃO DE PESSOAS
GABINETE DO SECRETÁRIO

Rua: General Penha Brasil, nº 1011 - São Francisco - Palácio 9 de Julho
 Fone: (095) 3621-1700 - CEP 69.305-130 - Boa Vista - Roraima

**DEPARTAMENTO DE SERVIÇO ESPECIALIZADO EM ENGENHARIA DE
 SEGURANÇA E EM MEDICINA DO TRABALHO-SMAG**

FORMULÁRIO PRÉ-ADMISSÃO

SECRETARIA: SECRETARIA MUNICIPAL DA EDUCAÇÃO E CULTURA – SMEC		
Identificação:		
Nome (Sem abreviar):		
CPF:	Data de Nascimento:	
Estado Civil:	Município de Nascimento:	UF:
Escolaridade:	Formação:	Pós-Graduação:
Endereço:	Nº Residência:	Bairro:
Município:	Complemento:	CEP:
Telefone de Contato:	E-mail:	
Cargo Pleiteado: PROFESSOR/PROFESSOR LICENCIADO – PEDAGOGIA	Função/Competência do Cargo (Conforme o Edital): Atribuição do cargo: 1-Cumprir com zelo e responsabilidade o que preconiza a Lei nº 1145/2009, a LDB nº 9394/96 e Lei nº 1.546 de 20 de dezembro de 2013, a Lei Complementar nº 003/2012, a LDB nº 9394/96 e a Legislação educacional vigente; 2-Cumprir e zelar pelos dias letivos e as horas de aula estabelecidas de acordo com a legislação vigente; 3-Participar do processo de planejamento, execução monitoramento e avaliação, do Projeto Pedagógico da escola, da Proposta Curricular Municipal e calendário escolar; 4-Estabelecer o planejamento da prática pedagógica, propostas metodológicas e recursos necessários para o desenvolvimento integral do processo de ensino e aprendizagem; 5-Exercer a docência garantindo a execução diária do plano de aula e a aplicação dos conteúdos, conforme o currículo da Rede Municipal de Ensino; 6-Avaliar, reconhecer os resultados dos rendimentos escolares dos alunos e, caso for necessário, realizar as intervenções pedagógicas de acordo com aspectos cognitivos e /ou as necessidades de ensino e aprendizagem; 7-Participar da elaboração e implementação de todas as ações pedagógicas, projetos e programas que favoreçam o desenvolvimento integral por meio do ensino e da aprendizagem; 8-Zelar pela aprendizagem dos alunos, estabelecendo e implementando estratégias de aprendizagem, bem como de recuperação paralela para os alunos que apresentarem menor rendimento escolar; 9-Garantir os registros do aluno no Diário de Classe e fazer relatórios referentes à aprendizagem e o desenvolvimento dos alunos, respeitando aos prazos estabelecidos, sob a orientação da Secretaria Municipal de Educação e Gestão da escola.	





“BRASIL – DO CABURÁ AO CHUÍ”
SECRETARIA MUNICIPAL DE ADMINISTRAÇÃO E GESTÃO DE PESSOAS
GABINETE DO SECRETÁRIO

Rua: General Penha Brasil, nº 1011 - São Francisco - Palácio 9 de Julho
 Fone: (095) 3621-1700 - CEP 69.305-130 - Boa Vista - Roraima

Possui Vínculo Com Serviço Público: () SIM () NÃO		
Secretaria:	Setor de Lotação:	Telefone:
Cargo (01):	Matrícula (01):	
Cargo (02):	Matrícula (02):	
Vínculo Funcional: () Estatutário () Cargo Comissionado () Celetista/Seletivado		
Possui Outros Vínculos (Privado): () SIM () NÃO		
Está no Exercício de suas Funções? () SIM () NÃO		

ORIENTAÇÕES GERAIS AO CANDIDATO APROVADO EM CONCURSO PÚBLICO:

- SENDO DE SEU CONHECIMENTO, INFORMAR O MÉDICO PERITO SE É PORTADOR OU SOFREDOR DE DOENÇAS OU LESÕES PREEEXISTENTES;
- O FORMULÁRIO DEVERÁ SER CORRETA E TOTALMENTE PREENCHIDO. A OMISSÃO OU OCULTAÇÃO DE INFORMAÇÕES, QUE SEJAM DE CONHECIMENTO DO CANDIDATO APROVADO EM CONCURSO, PODERÁ CARACTERIZAR FRAUDE, COM AS CONSEQUÊNCIAS PREVISTAS EM LEI;
- HAVENDO DÚVIDA SOBRE O PREENCHIMENTO DE CAMPOS ESPECÍFICOS DESTES FORMULÁRIO, DEIXAR EM BRANCO E ESCLARECER NA AVALIAÇÃO COM O MÉDICO PERITO.
- O MÉDICO PERITO PODERÁ SOLICITAR PARECER ESPECIALIZADO E EXAMES COMPLEMENTARES, SE NECESSÁRIO;
- DURANTE O ESTÁGIO PROBATÓRIO O AVALIADO PODERÁ SER CONVOCADO PARA NOVA AVALIAÇÃO PERICIAL.

ANTECEDENTES FAMILIARES

Qualquer de seus familiares direto de pai e mãe, como irmãos, filhos, tios (as), avós mesmo falecidos tem ou tiveram algumas das doenças abaixo:

ASSINALE	PARENTESCO	SIM	NÃO	ASSINALE	PARENTESCO	SIM	NÃO
01. TUBERCULOSE				05. ASMA			
02. DIABETE				06. SURDEZ			
03. DOENÇA DO CORAÇÃO E PRESSÃO ALTA				07. DOENÇA MENTAL			
04. CÂNCER							

ANTECEDENTES PESSOAIS

	SIM	NÃO		SIM	NÃO
08. DOENÇAS DO CORAÇÃO/PRESSÃO ALTA/INFARTO			16. OTITE CRÔNICA/ZUMBIDOS		
09. DOR NO PEITO/PALPITAÇÕES			17. INSÔNIA		
10. ASMA, BRONQUITE/RINITE, SINUSITE			18. ESTRESSE		
11. TOSSE CRÔNICA			19. FRATURA COM SEQUELAS		
12. DOENÇAS RENAIAS			20. CONVULSÕES		





“BRASIL – DO CABURÁ AO CHUÍ”
SECRETARIA MUNICIPAL DE ADMINISTRAÇÃO E GESTÃO DE PESSOAS
GABINETE DO SECRETÁRIO

Rua: General Penha Brasil, nº 1011 - São Francisco - Palácio 9 de Julho
 Fone: (095) 3621-1700 - CEP 69.305-130 - Boa Vista - Roraima

13. DOENÇAS DO FIGADO (HEPATITE, CIRROSE, ETC.)			21. CONSIDERA-SE PORTADOR DE NECESSIDADES ESPECIAIS		
14. DIABETES			22. FAZ USO DE MEDICAMENTOS CONTROLADOS?		
15. DOENÇAS NO ESTÔMAGO (ULCERA, GASTRITE, ETC)			23. FAZ USO REGULAR DE OUTRO MEDICAMENTO?		
ANTECEDENTES PESSOAIS					
		SIM	NÃO		SIM NÃO
24. RESFRIADOS REPETITIVOS				28. PRÁTICA ESPORTE COM FREQUÊNCIA?	
25. PERDA DE VISÃO (TOTAL, PARCIAL, ETC.)				29. É ALÉRGICO A ALGUM PRODUTO DE LIMPEZA/FAXINA? QUAL?	
26. PERDA DE AUDIÇÃO (TOTAL, PARCIAL, ETC.)				30. É ALÉRGICO A ALGUM TIPO DE MEDICAMENTO? QUAL?	
27. JÁ ESTEVE INTERNADO ALGUMA VEZ					

ANTECEDENTES OCUPACIONAIS	SIM	NÃO / NÃO SE APLICA
31. SUA CONDIÇÃO DE SAÚDE ATUAL EXIGE ALGUMA LIMITAÇÃO PARA SEU TRABALHO?		
32. JÁ ESTEVE AFASTADO PELO INSS?		
33. JÁ SOFREU ALGUM ACIDENTE EM TRABALHOS ANTERIORES		
34. CASO POSITIVO FOI EMITIDA (C.A.T) COMUNICAÇÃO DE ACIDENTE DE TRABALHO?		
35. CASO POSITIVO, VOCÊ FICOU COM ALGUMA SEQUELA DO ACIDENTE DE TRABALHO?		
36. PODE EXECUTAR TAREFAS PESADAS, DENTRO DO SEU LIMITE DE TOLERÂNCIA?		
37. RECEBEU INDENIZAÇÃO POR ACIDENTE DE TRABALHO?		
38. JÁ APRESENTOU ALGUMA SEQUELA: COMO DOENÇA RELACIONADA DO TRABALHO? DOENÇA OCUPACIONAL?		
39. JÁ ESTEVE AFASTADO DO TRABALHO POR PERÍODO SUPERIOR A 15 (QUINZE) DIAS POR ACIDENTE OU DOENÇA ADQUIRIDA NO SEU TRABALHO, CASO A REPOSTA SEJA SIM, DESCREVA-O. _____		
40. JÁ EXERCEU ALGUM TRABALHO QUE EXIGIA USO DE EPI (EQUIPAMENTO DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL)?		
41. APRESENTOU ALGUM PROBLEMA COM USO DO EPI (EQUIPAMENTO DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL)?		
42. JÁ SE SUBMETEU A ALGUM EXAME COMPLEMENTAR EM TRABALHO ANTERIOR COMO: AUDIMETRIA, RX DE TÓRAX, ACUIDADE VISUAL, SANGUE, URINA, FEZES ETC?		





“BRASIL – DO CABURÁÍ AO CHUÍ”
SECRETARIA MUNICIPAL DE ADMINISTRAÇÃO E GESTÃO DE PESSOAS
GABINETE DO SECRETÁRIO

Rua: General Penha Brasil, nº 1011 - São Francisco - Palácio 9 de Julho
 Fone: (095) 3621-1700 - CEP 69.305-130 - Boa Vista - Roraima

43. DE FORMA RESUMIDA, RELATE SUAS EXPERIÊNCIAS PROFISSIONAIS.	
44. POSSUI ALGUMA QUALIFICAÇÃO? SE SIM, DESCREVA.	
DECLARO PARA TODOS OS FINS DE DIREITO, SEREM AS INFORMAÇÕES PRESTADAS ACIMA VERDADEIRAS. E QUE ESTOU CIENTE DOS RESULTADOS DOS EXAMES E DO PARECER MÉDICO, BEM COMO QUE AUTORIZO O USO DE VERIFICAÇÃO DE PRONTUÁRIOS MÉDICOS, FICHAS MÉDICAS E OUTROS DOCUMENTOS PARA FINS MÉDICO LEGAIS.	
DATA: / /	ASSINATURA DO CANDIDATO APROVADO EM CONCURSO PÚBLICO





“BRASIL – DO CABURÁ AO CHUÍ”
SECRETARIA MUNICIPAL DE ADMINISTRAÇÃO E GESTÃO DE PESSOAS
GABINETE DO SECRETÁRIO

Rua: General Penha Brasil, nº 1011 - São Francisco - Palácio 9 de Julho
 Fone: (095) 3621-1700 - CEP 69.305-130 - Boa Vista - Roraima

**DEPARTAMENTO DE SERVIÇO ESPECIALIZADO EM ENGENHARIA DE
 SEGURANÇA E EM MEDICINA DO TRABALHO-SMAG**

FORMULÁRIO PRÉ-ADMISSÃO

SECRETARIA: SECRETARIA MUNICIPAL DA EDUCAÇÃO E CULTURA – SMEC		
Identificação:		
Nome (Sem abreviar):		
CPF:	Data de Nascimento:	
Estado Civil:	Município de Nascimento:	UF:
Escolaridade:	Formação:	Pós-Graduação:
Endereço:	Nº Residência:	Bairro:
Município:	Complemento:	CEP:
Telefone de Contato:	E-mail:	
Cargo Pleiteado:	Função/Competência do Cargo (Conforme o Edital): Atribuição do cargo: <ul style="list-style-type: none"> • Cumprir com zelo e responsabilidade o que preconiza a Lei Complementar nº 003/2012, a Lei nº 1.411/12 e Nota técnica nº 19/2010-MEC/SEESP/GAB; • Prestar auxílio individualizado às atividades de locomoção, higiene e alimentação aos alunos, público alvo de Creche e Educação Especial, zelando pelo bem estar, saúde, cultura, recreação e lazer, em sala de aula e/ou no intervalo escolar de acordo com as necessidades e especificidades apresentadas pelo aluno; • Realizar procedimentos e cuidados de higiene dos alunos, público alvo de Creche e Educação Especial, assistindo as atividades de vida diária (alimentação, banho, vestiário, higiene pessoal, locomoção); • Dispor de cuidado aos alunos público alvo de Creche e Educação Especial de acordo com as necessidades e / ou deficiências apresentadas para evitar possíveis acidentes e transitar com segurança nas dependências físicas do ambiente escolar; • Auxiliar os alunos público alvo de Creche e Educação Especial, individualmente, mediante orientação da equipe escolar, nas atividades pedagógicas, lúdicas e artísticas, sendo acompanhadas pelo Professor e / ou Professor da Sala de Recurso Multifuncional – SRM e demais profissionais; • Observar o aluno na chegada e saída da instituição escolar, identificando suas vestimentas e pertences pessoais, bem como, informar quaisquer fatos relevantes à gestão da escola; • Auxiliar na promoção de ações de socialização e integração harmoniosa entre os alunos; • Estimular o desenvolvimento do aluno público alvo de Creche e Educação Especial, respeitando os seus valores, sua individualidade, sua faixa etária e seus diferentes níveis de evolução física, emocional, cognitiva e social, considerando suas necessidades e limitações; • Realizar, estimular, controlar e acompanhar a ingestão de líquidos e alimentos variados, observando as orientações da família e prescrição de especialistas, de acordo a necessidade individual do aluno, sob a coordenação da Gestão da Instituição escolar. • Observar e informar ao professor e a gestão escolar, qualquer reação estranha quanto ao aspecto físico do aluno público alvo de Creche e Educação Especial; • Controlar e acompanhar, se caso for necessário, o horário e ingestão de medicamentos, sob a coordenação da gestão da instituição escolar, a orientação da família e/ou prescrição de especialista; • Acompanhar integralmente o aluno no decorrer de todas as atividades propostas na instituição escolar, sob coordenação do Professor e da Gestão da escola. Cumprir com zelo e responsabilidade suas atribuições junto ao aluno público alvo de Creche e Educação Especial, em consonância com as diretrizes Municipais e a Legislação vigente.	
ASSISTENTE/ CUIDADOR ESCOLAR		





“BRASIL – DO CABURÁ AO CHUÍ”
SECRETARIA MUNICIPAL DE ADMINISTRAÇÃO E GESTÃO DE PESSOAS
GABINETE DO SECRETÁRIO

Rua: General Penha Brasil, nº 1011 - São Francisco - Palácio 9 de Julho
 Fone: (095) 3621-1700 - CEP 69.305-130 - Boa Vista - Roraima

Possui Vínculo Com Serviço Público: () SIM () NÃO		
Secretaria:	Setor de Lotação:	Telefone:
Cargo (01):	Matrícula (01):	
Cargo (02):	Matrícula (02):	
Vínculo Funcional: () Estatutário () Cargo Comissionado () Celetista/Seletivado.		
Possui Outros Vínculos (Privado): () SIM () NÃO		
Está no Exercício de suas Funções? () SIM () NÃO		

ORIENTAÇÕES GERAIS AO CANDIDATO APROVADO EM CONCURSO PÚBLICO:

- SENDO DE SEU CONHECIMENTO, INFORMAR O MÉDICO PERITO SE É PORTADOR OU SOFREDOR DE DOENÇAS OU LESÕES PREEEXISTENTES;
- O FORMULÁRIO DEVERÁ SER CORRETA E TOTALMENTE PREENCHIDO. A OMISSÃO OU OCULTAÇÃO DE INFORMAÇÕES, QUE SEJAM DE CONHECIMENTO DO CANDIDATO APROVADO EM CONCURSO, PODERÁ CARACTERIZAR FRAUDE, COM AS CONSEQUÊNCIAS PREVISTAS EM LEI;
- HAVENDO DÚVIDA SOBRE O PREENCHIMENTO DE CAMPOS ESPECÍFICOS DESTES FORMULÁRIO, DEIXAR EM BRANCO E ESCLARECER NA AVALIAÇÃO COM O MÉDICO PERITO.
- O MÉDICO PERITO PODERÁ SOLICITAR PARECER ESPECIALIZADO E EXAMES COMPLEMENTARES, SE NECESSÁRIO;
- DURANTE O ESTÁGIO PROBATÓRIO O AVALIADO PODERÁ SER CONVOCADO PARA NOVA AVALIAÇÃO PERICIAL.

ANTECEDENTES FAMILIARES

Qualquer de seus familiares direto de pai e mãe, como irmãos, filhos, tios (as), avós mesmo falecidos tem ou tiveram algumas das doenças abaixo:

ASSINALE	PARENTESCO	SIM	NÃO	ASSINALE	PARENTESCO	SIM	NÃO
02. TUBERCULOSE				06. ASMA			
03. DIABETE				07. SURDEZ			
04. DOENÇA DO CORAÇÃO E PRESSÃO ALTA				09. DOENÇA MENTAL			
05. CÂNCER							

ANTECEDENTES PESSOAIS

	SIM	NÃO		SIM	NÃO
10. DOENÇAS DO CORAÇÃO/PRESSÃO ALTA/INFARTO			17. OTITE CRÔNICA/ZUMBIDOS		
10. DOR NO PEITO/PALPITAÇÕES			18. INSÔNIA		
11. ASMA, BRONQUITE/RINITE, SINUSITE.			19. ESTRESSE		
12. TOSSE CRÔNICA			20. FRATURA COM SEQUELAS		
13. DOENÇAS RENAIAS			21. CONVULSÕES		





“BRASIL – DO CABURÁ AO CHUÍ”
SECRETARIA MUNICIPAL DE ADMINISTRAÇÃO E GESTÃO DE PESSOAS
GABINETE DO SECRETÁRIO

Rua: General Penha Brasil, nº 1011 - São Francisco - Palácio 9 de Julho
 Fone: (095) 3621-1700 - CEP 69.305-130 - Boa Vista - Roraima

14. DOENÇAS DO FIGADO (HEPATITE, CIRROSE, ETC.)			22. CONSIDERA-SE PORTADOR DE NECESSIDADES ESPECIAIS		
15. DIABETES			23. FAZ USO DE MEDICAMENTOS CONTROLADOS?		
16. DOENÇAS NO ESTÔMAGO (ULCERA, GASTRITE, ETC)			24. FAZ USO REGULAR DE OUTRO MEDICAMENTO?		
ANTECEDENTES PESSOAIS					
	SIM	NÃO		SIM	NÃO
25. RESFRIADOS REPETITIVOS			29. PRÁTICA ESPORTE COM FREQUÊNCIA?		
26. PERDA DE VISÃO (TOTAL, PARCIAL, ETC.)			30. É ALÉRGICO A ALGUM PRODUTO DE LIMPEZA/FAXINA? QUAL?		
27. PERDA DE AUDIÇÃO (TOTAL, PARCIAL, ETC.)			45. É ALÉRGICO A ALGUM TIPO DE MEDICAMENTO? QUAL?		
28. JÁ ESTEVE INTERNADO ALGUMA VEZ					

ANTECEDENTES OCUPACIONAIS	SIM	NÃO / NÃO SE APLICA
46. SUA CONDIÇÃO DE SAÚDE ATUAL EXIGE ALGUMA LIMITAÇÃO PARA SEU TRABALHO?		
47. JÁ ESTEVE AFASTADO PELO INSS?		
48. JÁ SOFREU ALGUM ACIDENTE EM TRABALHOS ANTERIORES		
49. CASO POSITIVO FOI EMITIDA (C.A.T) COMUNICAÇÃO DE ACIDENTE DE TRABALHO?		
50. CASO POSITIVO, VOCÊ FICOU COM ALGUMA SEQUELA DO ACIDENTE DE TRABALHO?		
51. PODE EXECUTAR TAREFAS PESADAS, DENTRO DO SEU LIMITE DE TOLERÂNCIA?		
52. RECEBEU INDENIZAÇÃO POR ACIDENTE DE TRABALHO?		
53. JÁ APRESENTOU ALGUMA SEQUELA: COMO DOENÇA RELACIONADA DO TRABALHO? DOENÇA OCUPACIONAL?		
54. JÁ ESTEVE AFASTADO DO TRABALHO POR PERÍODO SUPERIOR A 15 (QUINZE) DIAS POR ACIDENTE OU DOENÇA ADQUIRIDA NO SEU TRABALHO, CASO A REPOSTA SEJA SIM, DESCREVA-O. _____		
55. JÁ EXERCEU ALGUM TRABALHO QUE EXIGIA USO DE EPI (EQUIPAMENTO DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL)?		
56. APRESENTOU ALGUM PROBLEMA COM USO DO EPI (EQUIPAMENTO DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL)?		
57. JÁ SE SUBMETEU A ALGUM EXAME COMPLEMENTAR EM TRABALHO ANTERIOR COMO: AUDIMETRIA, RX DE TÓRAX, ACUIDADE VISUAL, SANGUE, URINA, FEZES ETC?		





“BRASIL – DO CABURÁÍ AO CHUÍ”
SECRETARIA MUNICIPAL DE ADMINISTRAÇÃO E GESTÃO DE PESSOAS
GABINETE DO SECRETÁRIO

Rua: General Penha Brasil, nº 1011 - São Francisco - Palácio 9 de Julho
 Fone: (095) 3621-1700 - CEP 69.305-130 - Boa Vista - Roraima

58. DE FORMA RESUMIDA, RELATE SUAS EXPERIÊNCIAS PROFISSIONAIS.

59. POSSUI ALGUMA QUALIFICAÇÃO? SE SIM, DESCREVA.

DECLARO PARA TODOS OS FINS DE DIREITO, SEREM AS INFORMAÇÕES PRESTADAS ACIMA VERDADEIRAS. E QUE ESTOU CIENTE DOS RESULTADOS DOS EXAMES E DO PARECER MÉDICO, BEM COMO QUE AUTORIZO O USO DE VERIFICAÇÃO DE PRONTUÁRIOS MÉDICOS, FICHAS MÉDICAS E OUTROS DOCUMENTOS PARA FINS MÉDICO LEGAIS.

DATA:

/ /

ASSINATURA DO CANDIDATO APROVADO EM CONCURSO PÚBLICO





"BRASIL – DO CABURÁÍ AO CHUÍ"
SECRETARIA MUNICIPAL DE ADMINISTRAÇÃO E GESTÃO DE PESSOAS
GABINETE DO SECRETÁRIO

Rua: General Penha Brasil, nº 1011 - São Francisco - Palácio 9 de Julho
Fone: (095) 3621-1700 - CEP 69.305-130 - Boa Vista - Roraima

HISTÓRICO DE SAÚDE OCUPACIONAL E EXAME FÍSICO

AVALIAÇÃO PERICIAL - MÉDICA (APRESENTADO O PARECER E/OU EXAME)

APTO

INAPTO

DATA E LOCAL

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO

ASSINATURA DO SERVIDOR

