



Secretaria: SECRETARIA MUNICIPAL DE GESTÃO SOCIAL-SEMGES

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: 1-Atuar como técnico de referência de nível médio das equipes municipais; 2-Assegurar o cumprimento das medidas socioeducativas, em conformidade com a legislação vigente; 3-Atuar como orientador no processo de reinserção social do adolescente autor de ato infracional; 4-Garantir a atenção, defesa e proteção a pessoas em situações de risco pessoal e social, procurando assegurar seus direitos, abordando-as, sensibilizando-as, identificando suas necessidades e demandas, assegurando a privacidade das informações; 5-Organizar e participar do processo educativo dos adolescentes, de atividades educativas, esportivas, culturais e de lazer, promovendo o desenvolvimento pessoal e favorecendo o convívio comunitário e mediando os conflitos; 6-Demonstrar competências pessoais no trabalho em equipe, em servir de exemplo e em inspirar confiança; 7-Desenvolver ações para garantir direitos de usuários e suas famílias; 8-Administrar conflitos, demonstrar autocontrole e capacidade de negociação; 9-Realizar encaminhamentos para serviços e tratamentos; 10-Sensibilizar usuários para o resgate da autoestima e desejo de mudar de vida; 11-Dialogar com familiares e/ou vizinhança na perspectiva de identificar necessidades dos usuários; 12-Realizar visitas domiciliares; 13-Elaborar relatórios de atendimento e acompanhamento; 14-Desenvolver atividades socioeducativas individuais e de grupo; 15-Executar outras atividades correlatas ao cargo.
------------------	--

Assistente/Socioeducador



11. TOSSE CRÔNICA			19. FRATURA COM SEQUELAS		
12. DOENÇAS RENAIAS			20. CONVULSÕES		
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. PRATICA 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. APESENTOU 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?			
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		



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
SERVIDOR**

ASSINATURA DO
