



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

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 (lista anexa).

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

Boa Vista, ____ de _____ de 2018.

Assinatura do Candidato





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

**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 inacumuláveis com o cargo em que tomará posse.

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

Boa Vista, ____ de _____ de 2018.

 Assinatura do Candidato



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

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 2018.

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

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/>
<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 2018.

 Assinatura do Candidato



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

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

FORMULÁRIO PRÉ-ADMISSIONAL

SECRETARIA: SECRETARIA MUNICIPAL DA EDUCAÇÃO E CULTURA - SMEC

IDENTIFICAÇÃO:

CPF:	DATA DE NASCIMENTO:	
NOME (SEM ABREVIAR):		
ESTADO CIVIL:	MUNICÍPIO DE NASCIMENTO:	UF:
ESCOLARIDADE:	FORMAÇÃO:	PÓS-GRADUAÇÃO:

ENDEREÇO:

LOGRADOURO:	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 CABURAI AO CHUÍ”
SECRETARIA MUNICIPAL DE ADMINISTRAÇÃO E GESTÃO DE PESSOAS
GABINETE DO SECRETÁRIO

POSSUI VÍNCULO COM SERVIÇO PÚBLICO? () SIM () NÃO		
SECRETARIA:	SETOR DE LOTAÇÃO	FONE:
CARGO (01):	MATRICULA (01)	
CARGO (02):	MATRICULA (02)	
VÍNCULO FUNCIONAL: () ESTATUTÁRIO () CARGO COMISSIONADO () CONTRATO TEMPORÁRIO		
OUTROS VÍNCULOS: () SIM () NÃO – CASO POSITIVO IDENTIFICAR: _____ ESTÁ NO EXERCÍCIO DE SUAS FUNÇÕES: () SIM () NÃO – CASO NEGATIVO INFORMAR O MOTIVO: _____		

ORIENTAÇÕES GERAIS AO CANDIDATO APROVADO EM CONCURSO PÚBLICO

<p>– SENDO DE SEU CONHECIMENTO, INFORMAR O MÉDICO PERITO SE É PORTADOR OU SOFREDOR DE DOENÇAS OU LESÕES PREEXISTENTES.</p> <p>– 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.</p> <p>– HAVENDO DÚVIDA SOBRE O PREENCHIMENTO DE CAMPOS ESPECÍFICOS DESTE FORMULÁRIO, DEIXAR EM BRANCO E ESCLARECER NA AVALIAÇÃO COM O MÉDICO PERITO.</p> <p>– O MÉDICO PERITO PODERÁ SOLICITAR PARECER ESPECIALIZADO E EXAMES COMPLEMENTARES, SE NECESSÁRIO.</p> <p>– DURANTE O ESTÁGIO PROBATÓRIO O AVALIADO PODERÁ SER CONVOCADO PARA NOVA AVALIAÇÃO PERICIAL</p>
--

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

SOFREU OU SOFRE ALGUMA DOENÇA ABAIXO	SIM	NÃO	SOFREU OU SOFRE ALGUMA DOENÇA ABAIXO	SIM	NÃO
08 - DOENÇAS DO CORAÇÃO/P ALTA/INFARTO			18 - OUVES BEM?		
09 - DOR NO PEITO/PALPITAÇÕES			19 - JÁ ESTEVE INTERNADO ALGUMA VEZ?		
10 - ASMA, BRONQUITE/RINITE, SINUSITE			20 - OTITE CRÔNICA/ZUMBIDOS?		
11 - TOSSE CRÔNICA			21 - INSÔNIA?		
12 - DOENÇAS RENAIAS			22 - CONSIDERA-SE ESTRESSADO?		
13 - DOENÇAS DO FIGADO (HEPATITE, CIRROSE, ETC)			23 - SOFREU ALGUMA FRATURA COM SEQUELAS FUNCIONAIS?		
14 - DIABETE (AÇÚCAR NO SANGUE)			24 - JÁ TEVE CONVULSÕES?		
15 - DOENÇAS NO ESTÔMAGO (ULCERA, GASTRITE, ETC)			25 - CONSIDERA-SE PORTADOR DE NECESSIDADES ESPECIAIS		
16 - RESFRIADOS REPETITIVOS			26 - FAZ USO DE MEDICAMENTOS CONTROLADOS?		
17 - ENXERGA BEM?			27 - FAZ USO REGULAR DE OUTRO		

Rua General Penha Brasil s/nº – São Francisco – Palácio 9 de Julho
Fone: (095) 621-1700 – Fax: (095) 623-2611 – CEP: 69.305-130 – Boa Vista – Roraima





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

ANTECEDENTES OCUPACIONAIS		SIM	NÃO	MEDICAMENTO?	SIM	NÃO
28 - SUA CONDIÇÃO DE SAÚDE ATUAL EXIGE ALGUMA LIMITAÇÃO PARA SEU TRABALHO?				29 - PRÁTICA ESPORTE COM FREQUÊNCIA?		
30 - JÁ ESTEVE AFASTADO PELO INSS				31 - É ALÉRGICO A PRODUTO DE LIMPEZA/FAXINA?		
32 - JÁ SOFREU ALGUM ACIDENTE EM TRABALHOS ANTERIORES				33 - É ALÉRGICO ALGUM TIPO DE MEDICAMENTO?		
34 - CASO POSITIVO FOI EMITIDA (C.A.T) COMUNICAÇÃO DE ACIDENTE DE TRABALHO?				35 - PODE EXECUTAR TAREFAS PESADAS, DENTRO DO SEU LIMITE DE TOLERÂNCIA?		
36 - CASO POSITIVO, VOCÊ FICOU COM ALGUMA SEQUELA DO ACIDENTE DE TRABALHO						
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				
/ /						

