



"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 2019.

Assinatura do Candidato





"BRASIL – DO CABURÁÍ 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 2019.

 Assinatura do Candidato





"BRASIL – DO CABURÁÍ 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 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

**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:	

<p>CARGO PLEITEADO:</p> <p>PROFESSOR/PROFESSOR LICENCIADO - EDUCAÇÃO FÍSICA</p> <p align="center">E</p> <p>PROFESSOR/PROFESSOR LICENCIADO - PEDAGOGIA</p>	<p>FUNÇÃO/COMPETÊNCIA DO CARGO (CONFORME O EDITAL) ATRIBUIÇÃO DO CARGO:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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; • Cumprir e zelar pelos dias letivos e as horas de aula estabelecidas de acordo com a legislação vigente; • Participar do processo de planejamento, execução monitoramento e avaliação, do Projeto Pedagógico da escola, da Proposta Curricular Municipal e calendário escolar; • Estabelecer o planejamento da prática pedagógica, propostas metodológicas e recursos necessários para o desenvolvimento integral do processo de ensino e aprendizagem; • Exercer a docência garantindo a execução diária do plano de aula e a aplicação dos conteúdos, conforme o currículo da Rede Municipal de Ensino; • 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; • 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; • Zelar pela aprendizagem dos alunos, estabelecendo e implementando estratégias de aprendizagem, bem como de recuperação paralela para os alunos que apresentarem menor rendimento escolar; • 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 CABURAI AO CHUÍ”
SECRETARIA MUNICIPAL DE ADMINISTRAÇÃO E GESTÃO DE PESSOAS
GABINETE DO SECRETÁRIO

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

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 PREEXISTENTES.
- **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 DESTE 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

SOFREU OU SOFRE ALGUMA DOENÇA ABAIXO	SIM	NÃO	SOFREU OU SOFRE ALGUMA DOENÇA ABAIXO	SIM	NÃO
08 - DOENÇAS DO CORAÇÃO/P ALTA/INFARTO			18 - OUVÉ 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?		





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

17 - ENXERGA BEM?			27 - FAZ USO REGULAR DE OUTRO MEDICAMENTO?		
ANTECEDENTES OCUPACIONAIS	SIM	NÃO	ANTECEDENTES OCUPACIONAIS	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				
/ /					