



**GOVERNO DO ESTADO DE SERGIPE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE**

PROCESSO SELETIVO PÚBLICO SIMPLIFICADO – PSS 01/2020 SES -SE

DOCUMENTOS NECESSÁRIOS PARA O PROCESSO DE ADMISSÃO

ENVELOPE 01

- Cópia dos comprovantes de pré-requisitos do cargo pleiteado (acompanhada de original) conforme **Anexo II do Edital PSS 01/2020 SES –SE;**
- Declaração de não acúmulo de cargos públicos (download na pag do PSS);
- Declaração de não ter sofrido penalidades no exercício da função pública (download na pag do PSS);
- 1 Foto 3x4; Cópias da Carteira de Identidade, CPF, Título de Eleitor (acompanhados de originais);
- Cópia e original do Registro Profissional no Conselho de Classe (quando necessário), acompanhado de Comprovante de Regularização, ou Cópia da Autorização para atuação no Estado de Sergipe quando de outro estado;
- Cópia e original de Cartão de Vacinação;
- Cópia da Carteira Nacional de Habilitação (CNH) Categoria D ou E dentro da sua validade e sem suspensão (acompanhada de original) – **EXCLUSIVAMENTE PARA CONCORRENTE AO CARGO DE CONDUTOR DE AMBULÂNCIA DO SAMU;**
- Extrato do PIS/PASEP (pode ser solicitado nas agências do Banco do Brasil ou Caixa);
- Cópia do cartão ou abertura de Conta Salário do BANESE;
- Cópia do Comprovante de Residência (com CEP válido);
- Cópia do Certificado de Reservista ou Alistamento Militar (sexo masculino);
- Certidão de Antecedentes Civil e Criminal; (Residentes em Sergipe retirar pelo site www.ssp.se.gov.br);
- Certidão de Crimes Eleitorais; (Residentes em Sergipe: www.tre-se.jus.br);
- Certidão de Quitação da Justiça Eleitoral; (Residentes em Sergipe: www.tre-se.jus.br);
- Certidão Negativa PENAL Estadual (Residentes em Sergipe www.tjse.jus.br);
- Certidão Negativa CRIMINAL Federal
(<https://consulta2.jfse.jus.br/certidao/negativa/emissao/certidao.aspx>)
- Atestado Médico de capacidade funcional emitido por Médico do Trabalho, conforme item 15.1.9 do **Edital PSS 01/2020 SES –SE;**
- Cópia da declaração do Imposto de Renda, exercício atual, ano base anterior, referente à identificação do contribuinte e o rendimento tributável recebido de Pessoa Jurídica, ou declaração de isenção escrita e assinada pelo próprio interessado.

CONCORRENTES A VAGAS DE PESSOAS COM DEFICIÊNCIA:

Além dos documentos acima descritos, apresentar: **Laudo médico original com especificações exigidas no item 5.5. do Edital PSS 01/2020 SES -SE**



**GOVERNO DO ESTADO DE SERGIPE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE**

PROCESSO SELETIVO PÚBLICO SIMPLIFICADO – PSS 01/2020 SES -SE

EXAMES NECESSÁRIOS PARA O PROCESSO DE ADMISSÃO

ENVELOPE 02

Exames laboratoriais (validade 06 meses):

- Hemograma Completo
- Grupo Sanguíneo e Fator RG
- Colesterol
- Triglicerídeos
- Glicemia Jejum
- Sorologia LUES (VDRL)
- Parasitológico de fezes
- Sumário de urina
- Uréia
- Beta HCG (com data atual)
- Creatinina
- Ácido úrico
- Antígeno Prostático Específico (Homens acima de 40 anos)

- Atestado Médico de capacidade funcional emitido por Médico do Trabalho

Outros exames (validade 01 ano):

- Rx Torax AP e Perfil
- ECG
- Teste ergométrico (para todos os candidatos com idade acima de 40 anos, apresentar, teste ergométrico em substituição ao ECG).

CONCORRENTES A VAGAS DE PESSOAS COM DEFICIÊNCIA:

Além dos documentos acima descritos, apresentar: **Laudo médico original com especificações exigidas no item 5.5. do Edital PSS 01/2020 SES -SE**



Governo de Sergipe
SECRETARIA DE ESTADO DA ADMINISTRAÇÃO
DIRETORIA GERAL DE PERÍCIA MÉDICA OFICIAL

QUESITOS PARA EXAME DE ADMISSÃO

Cargo: _____

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 Perito que o examinou
(Uso exclusivo da SEAD)

NOME: _____

CPF: _____

RG: _____

Aracaju/SE, _____ / _____ / _____.



GOVERNO DO ESTADO DE SERGIPE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

DECLARAÇÃO DE NÃO ACUMULAÇÃO DE CARGOS PÚBLICOS E VÍNCULOS TEMPORÁRIO

DECLARO para fins de assinatura de contrato temporário para o cargo _____/SES, que não exerce qualquer cargo, emprego ou função junto a órgãos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, ou de qualquer dos seus Poderes, bem como das suas entidades, abrangendo autarquias, empresas públicas, sociedades de economia mista e fundações mantidas direta ou indiretamente pelo Poder Público, que seja inacumulável com as atribuições do presente contrato, em consonância com os incisos XVI e XVII do art. 37, da Constituição Federal. **DECLARO**, outrossim, que não percebo proventos de aposentadoria decorrente do art. 40 ou dos Arts. 42 e 142 da Constituição Federal, que seja inacumulável com o cargo para o qual estou sendo contratado. **DECLARO**, ainda que, não exerço cargo temporário no âmbito do Governo Estadual, no período inferior a 6 (seis) meses, bem como tenho pleno conhecimento do Art. 4º § 2º da Lei 6.691/2009, que veda a contratação da mesma pessoa, ainda que para serviços diferentes, durante o mencionado período, a contar do término do contrato, quer seja por decurso de prazo ou por interesse das partes. **DECLARO**, mais, estar ciente de que devo comunicar ao CONTRATANTE qualquer alteração que venha a ocorrer em minha vida funcional que não atenda às determinações legais vigentes relativamente à acumulação de cargos, sob pena de instaurar-se o processo administrativo disciplinar de que tratam os artigos 274 e 276 da Lei nº 2.148/77. **DECLARO**, ainda, 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. **DECLARO**, por fim, que tomo ciência de todas as legislações supra referidas.

Obs. Caso o declarante tenha algum vínculo com qualquer órgão da União, Estado, Distrito Federal ou Município, ou contrato temporário rescindido a menos de 6 (seis) meses, assinalar uma(s) das opções abaixo:

Possui um vínculo temporário encerrado em _____

Especificando o cargo/órgão: _____

Possuo apenas um vínculo ativo.

Especificando o cargo/órgão: _____

Possuo dois vínculos ativos.

Especificando os cargos/órgãos: _____

Possuo um vínculo inativo. Especificar o cargo/órgão: _____

Possuo dois vínculos inativos.

Especificando os cargos/órgãos: _____

Aracaju/SE, _____ de _____ de . _____

Assinatura do Declarante
(EXTENSO)



**GOVERNO DO ESTADO DE SERGIPE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE**

**DECLARAÇÃO DE NÃO TER SOFRIDO PENALIDADES NO
EXERCÍCIO DA FUNÇÃO PÚBLICA**

Eu, _____, infra-assinado, portador (a) do RG nº _____, inscrito (a) no CPF sob o nº _____, **DECLARO** para todos os efeitos legais, não haver sofrido ou estar cumprindo, no exercício profissional ou de qualquer função pública, penalidade disciplinar de suspensão ou demissão, aplicada por qualquer órgão público ou entidade da esfera federal, estadual ou municipal. Por ser expressão da verdade, firmo a presente DECLARAÇÃO.

Aracaju/SE, _____ de _____ de _____.

ASSINATURA DO DECLARANTE

(EXTENSO)



CARGO:	<i>Edital: 01/2020</i>	ÓRGÃO <i>Secretaria de Estado da Saúde</i>
REGIME:	CONTRATO TEMPORÁRIO (X) PERÍODO 01 ANO	
DADOS PESSOAIS		

NOME					
Data Nasc. / /	Naturalidade		Nacionalidade		Estado civil Sexo M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
Endereço residencial				Bairro	
Cidade/Estado	CEP	Telefones/Celular		E-mail	
NÍVEL DE FORMAÇÃO QUE POSSUE (completo) <input type="radio"/> Médio <input type="radio"/> Superior <input type="radio"/> Pós Graduação <input type="radio"/> Mestrado <input type="radio"/> Doutorado					
CPF	Carteira Identidade		Data emissão	UF	Órgão Emissor
PIS/PASEP	Banco	Agência	Conta		Tipo
PASSAPORTE Nº	Data do visto	Ano chegada no brasil	Título Eleitoral		Zona
Seção					
FILIAÇÃO	PAI _____ MÃE _____				

OBSERVAÇÕES: A não comprovação dos requisitos, no ato da convocação, importará na desclassificação do candidato habilitado e na perda dos direitos decorrentes, conforme edital nº 01/2020.

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			
DATA DA PERÍCIA MÉDICA	DATA INÍCIO DE EXERCÍCIO	DATA PUBLICAÇÃO	DATA POSSE
REMUNERAÇÃO () 36 () 30H () 24H () 12H		TIPO DE OCORRÊNCIA	FONTE DE RECURSO
Responsável pela Posse Setor de Concurso		Responsável pelo Cadastramento no Sipes	