



PREFEITURA MUNICIPAL DE ITABAIANA  
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

APENSO B – FICHA DE INSCRIÇÃO

INSCRIÇÃO Nº _____ (campo a ser preenchido pela Secretaria)	
CARGO PÚBLICO: _____	
PcD: ( ) SIM ( ) NÃO	
SERVIDOR RESPONSÁVEL: _____ (campo a ser preenchido pela Secretaria) (por extenso)	ASSINATURA DO CANDIDATO: _____ (campo a ser preenchido pelo Candidato) (por extenso)
1) Nome: _____ 2) Nascimento: ____/____/____.	
3) Endereço: _____ _____ CEP: _____ - Cidade: _____ UF: _____.	
4) Nacionalidade: _____ 5) Naturalidade: _____.	
6) Nome da Mãe: _____ 7) CPF: _____.	
8) RG: _____ Órgão Expedidor: _____ UF: _____ Data de expedição: ____/____/____.	
9) Número da Reservista (se do sexo masculino): _____ 10) PIS/PASEP: _____.	
11) Nº DA CNH (se o cargo público a que vai concorrer exigir como requisito): _____ Categoria: _____.	
12) CTPS: _____ Série: _____ Data de Expedição ____/____/____.	
13) Título de eleitor: _____ Zona Eleitoral: _____ Sessão: _____ Data de Expedição: ____/____/____.	
14) Telefone: (____) _____ - _____ 15) E-mail: _____.	
Declaro, sob as penas da lei, a veracidade das informações pessoais apresentadas nesta Ficha de Inscrição, assim como ter ciência do Edital em todos os seus termos, a ele me vinculando. Declaro ter disponibilidade de horário, assim como atender às exigências relativas à função e nível de escolaridade. Declaro, ainda, ter apresentado toda documentação exigida no edital, sob pena de eliminação do certame.	
Itabaiana/SE, ____ de _____ de 2024.	
_____ Assinatura do Candidato	

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO Nº ____/2024	
CARGO PÚBLICO: _____	
A Comissão Organizadora, no uso de suas atribuições, declara, para os devidos fins, que o Sr. (a) _____, inscrito (a) no CPF sob o nº _____ promoveu a sua inscrição no Processo Seletivo Simplificado nº 006/2024 realizado pelo Fundo Municipal de Saúde e pela Secretaria Municipal de Saúde de Itabaiana.	
Itabaiana/SE, ____ de _____ de 2024.	
_____ Assinatura do Candidato	_____ Assinatura do Servidor



PREFEITURA MUNICIPAL DE ITABAIANA  
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

INSCRIÇÃO N° \_\_\_\_\_ (campo a ser preenchido pela Secretaria)  
CARGO PÚBLICO: \_\_\_\_\_  
PcD: ( ) SIM ( ) NÃO

SERVIDOR RESPONSÁVEL:

\_\_\_\_\_  
(campo a ser preenchido pela Secretaria)  
(por extenso)

ASSINATURA DO CANDIDATO:

\_\_\_\_\_  
(campo a ser preenchido pelo Candidato)  
(por extenso)

**SUBITEM 4.5 - campo a ser preenchido pela Secretaria, devendo ser marcado com um "xis" os documentos entregues pelo Candidato)**

- ( ) Foto 3/4 recente;
- ( ) Carteira de Identidade (RG);
- ( ) CPF/MF, sendo dispensado apenas quando constar do RG;
- ( ) PIS/PASEP, sendo dispensado quando constar da Carteira de Trabalho e Previdência Social (CTPS);
- ( ) CTPS, tanto da folha onde consta a foto e número da CTPS, mas também da que consta a data de sua expedição;
- ( ) Certidão de nascimento ou de casamento, a depender do caso;
- ( ) Comprovante de residência em nome do candidato ou com comprovante de vínculo ou com cópia do contrato de aluguel;
- ( ) Título de eleitor e comprovantes de votação/justificativa da última eleição;
- ( ) Certificado de Reservista, se do sexo masculino;
- ( ) Certificado de Escolaridade de acordo com a exigência do cargo, e o registro de classe, se for o caso;
- ( ) Se o candidato for Pessoa com Deficiência (PCD), deverá apresentar o laudo médico, atestando a espécie e o grau de sua deficiência, com expressa referência ao código correspondente do CID, bem como a sua provável causa, datado de até 60 (sessenta) dias antes da data de sua inscrição.

Foto 3X4

**SUBITEM 5.3 - Instruções para preenchimento dos campos abaixo:**

- a) Descrever detalhadamente, nos espaços abaixo, todos os títulos que pretende pontuar, tanto os certificados, quanto os documentos que comprovam a(s) experiência(s);
- b) Identificar todos os títulos, na parte superior, de acordo com a numeração abaixo, e colocá-los na ordem numérica, do menor para o maior (1, 2, 3 etc), para fins de possibilitar a conferência pelos servidores;
- c) Os campos ( ) SIM ou ( ) NÃO deverão ser preenchidos pela Secretaria e não representa a aceitação do título, mas apenas a sua entrega pelo candidato para posterior análise pela Comissão Organizadora do PSS e/ou empresa designada para tanto.

1) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ ( ) SIM ( ) NÃO

2) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ ( ) SIM ( ) NÃO

3) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ ( ) SIM ( ) NÃO

4) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ ( ) SIM ( ) NÃO

5) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ ( ) SIM ( ) NÃO

6) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ ( ) SIM ( ) NÃO

7) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ ( ) SIM ( ) NÃO



PREFEITURA MUNICIPAL DE ITABAIANA  
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

INSCRIÇÃO N° \_\_\_\_\_ (campo a ser preenchido pela Secretaria)  
CARGO PÚBLICO: \_\_\_\_\_  
PcD: (    ) SIM (    ) NÃO

SERVIDOR RESPONSÁVEL:

ASSINATURA DO CANDIDATO:

\_\_\_\_\_  
(campo a ser preenchido pela Secretaria)  
(por extenso)

\_\_\_\_\_  
(campo a ser preenchido pelo Candidato)  
(por extenso)

8) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
(    ) SIM (    ) NÃO

9) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
(    ) SIM (    ) NÃO

10) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
(    ) SIM (    ) NÃO

11) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
(    ) SIM (    ) NÃO

12) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
(    ) SIM (    ) NÃO

13) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
(    ) SIM (    ) NÃO

14) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
(    ) SIM (    ) NÃO

15) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
(    ) SIM (    ) NÃO

16) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
(    ) SIM (    ) NÃO

17) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
(    ) SIM (    ) NÃO

18) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
(    ) SIM (    ) NÃO

19) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
(    ) SIM (    ) NÃO

20) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
(    ) SIM (    ) NÃO



PREFEITURA MUNICIPAL DE ITABAIANA  
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

INSCRIÇÃO N° \_\_\_\_\_ (campo a ser preenchido pela Secretaria)

CARGO PÚBLICO: \_\_\_\_\_

PcD: ( ) SIM ( ) NÃO

SERVIDOR RESPONSÁVEL:

ASSINATURA DO CANDIDATO:

\_\_\_\_\_  
(campo a ser preenchido pela Secretaria)  
(por extenso)

\_\_\_\_\_  
(campo a ser preenchido pelo Candidato)  
(por extenso)

21) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ ( ) SIM ( ) NÃO

22) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ ( ) SIM ( ) NÃO

23) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ ( ) SIM ( ) NÃO

24) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ ( ) SIM ( ) NÃO

25) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ ( ) SIM ( ) NÃO

26) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ ( ) SIM ( ) NÃO

27) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ ( ) SIM ( ) NÃO

28) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ ( ) SIM ( ) NÃO

29) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ ( ) SIM ( ) NÃO

30) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ ( ) SIM ( ) NÃO

31) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ ( ) SIM ( ) NÃO

32) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ ( ) SIM ( ) NÃO

33) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ ( ) SIM ( ) NÃO



PREFEITURA MUNICIPAL DE ITABAIANA  
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

INSCRIÇÃO Nº _____ (campo a ser preenchido pela Secretaria)	
CARGO PÚBLICO: _____	
PcD: (    ) SIM (    ) NÃO	
<b>SERVIDOR RESPONSÁVEL:</b>	<b>ASSINATURA DO CANDIDATO:</b>
_____	_____
(campo a ser preenchido pela Secretaria)	(campo a ser preenchido pelo Candidato)
(por extenso)	(por extenso)
34) _____	_____ (    ) SIM (    ) NÃO
35) _____	_____ (    ) SIM (    ) NÃO
36) _____	_____ (    ) SIM (    ) NÃO
37) _____	_____ (    ) SIM (    ) NÃO
38) _____	_____ (    ) SIM (    ) NÃO
39) _____	_____ (    ) SIM (    ) NÃO
40) _____	_____ (    ) SIM (    ) NÃO
41) _____	_____ (    ) SIM (    ) NÃO
42) _____	_____ (    ) SIM (    ) NÃO
43) _____	_____ (    ) SIM (    ) NÃO
44) _____	_____ (    ) SIM (    ) NÃO
45) _____	_____ (    ) SIM (    ) NÃO
46) _____	_____ (    ) SIM (    ) NÃO



PREFEITURA MUNICIPAL DE ITABAIANA  
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

INSCRIÇÃO Nº _____ (campo a ser preenchido pela Secretaria)	
CARGO PÚBLICO: _____	
PcD: (    ) SIM (    ) NÃO	
<b>SERVIDOR RESPONSÁVEL:</b> _____ (campo a ser preenchido pela Secretaria) (por extenso)	<b>ASSINATURA DO CANDIDATO:</b> _____ (campo a ser preenchido pelo Candidato) (por extenso)
47) _____ _____ (    ) SIM (    ) NÃO	
48) _____ _____ (    ) SIM (    ) NÃO	
49) _____ _____ (    ) SIM (    ) NÃO	
50) _____ _____ (    ) SIM (    ) NÃO	
51) _____ _____ (    ) SIM (    ) NÃO	
52) _____ _____ (    ) SIM (    ) NÃO	
53) _____ _____ (    ) SIM (    ) NÃO	
54) _____ _____ (    ) SIM (    ) NÃO	
55) _____ _____ (    ) SIM (    ) NÃO	
56) _____ _____ (    ) SIM (    ) NÃO	
57) _____ _____ (    ) SIM (    ) NÃO	
58) _____ _____ (    ) SIM (    ) NÃO	
59) _____ _____ (    ) SIM (    ) NÃO	



PREFEITURA MUNICIPAL DE ITABAIANA  
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

INSCRIÇÃO Nº _____ (campo a ser preenchido pela Secretaria)	
CARGO PÚBLICO: _____	
PcD: (    ) SIM (    ) NÃO	
<b>SERVIDOR RESPONSÁVEL:</b>	<b>ASSINATURA DO CANDIDATO:</b>
_____	_____
(campo a ser preenchido pela Secretaria)	(campo a ser preenchido pelo Candidato)
(por extenso)	(por extenso)
60) _____	_____ (    ) SIM (    ) NÃO
61) _____	_____ (    ) SIM (    ) NÃO
62) _____	_____ (    ) SIM (    ) NÃO
63) _____	_____ (    ) SIM (    ) NÃO
64) _____	_____ (    ) SIM (    ) NÃO
65) _____	_____ (    ) SIM (    ) NÃO
66) _____	_____ (    ) SIM (    ) NÃO
67) _____	_____ (    ) SIM (    ) NÃO
68) _____	_____ (    ) SIM (    ) NÃO
69) _____	_____ (    ) SIM (    ) NÃO
70) _____	_____ (    ) SIM (    ) NÃO
71) _____	_____ (    ) SIM (    ) NÃO
72) _____	_____ (    ) SIM (    ) NÃO



PREFEITURA MUNICIPAL DE ITABAIANA  
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

INSCRIÇÃO Nº _____ (campo a ser preenchido pela Secretaria)	
CARGO PÚBLICO: _____	
PcD: (    ) SIM (    ) NÃO	
<b>SERVIDOR RESPONSÁVEL:</b>	<b>ASSINATURA DO CANDIDATO:</b>
_____	_____
(campo a ser preenchido pela Secretaria)	(campo a ser preenchido pelo Candidato)
(por extenso)	(por extenso)
73) _____	_____ (    ) SIM (    ) NÃO
74) _____	_____ (    ) SIM (    ) NÃO
75) _____	_____ (    ) SIM (    ) NÃO
76) _____	_____ (    ) SIM (    ) NÃO
77) _____	_____ (    ) SIM (    ) NÃO
78) _____	_____ (    ) SIM (    ) NÃO
79) _____	_____ (    ) SIM (    ) NÃO
80) _____	_____ (    ) SIM (    ) NÃO
81) _____	_____ (    ) SIM (    ) NÃO
82) _____	_____ (    ) SIM (    ) NÃO
83) _____	_____ (    ) SIM (    ) NÃO
84) _____	_____ (    ) SIM (    ) NÃO
85) _____	_____ (    ) SIM (    ) NÃO





PREFEITURA MUNICIPAL DE ITABAIANA  
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

INSCRIÇÃO Nº _____ (campo a ser preenchido pela Secretaria)	
CARGO PÚBLICO: _____	
PcD: (    ) SIM (    ) NÃO	
<b>SERVIDOR RESPONSÁVEL:</b> _____ (campo a ser preenchido pela Secretaria) (por extenso)	<b>ASSINATURA DO CANDIDATO:</b> _____ (campo a ser preenchido pelo Candidato) (por extenso)
86) _____ _____ (    ) SIM (    ) NÃO	
87) _____ _____ (    ) SIM (    ) NÃO	
88) _____ _____ (    ) SIM (    ) NÃO	
89) _____ _____ (    ) SIM (    ) NÃO	
90) _____ _____ (    ) SIM (    ) NÃO	
91) _____ _____ (    ) SIM (    ) NÃO	
92) _____ _____ (    ) SIM (    ) NÃO	
93) _____ _____ (    ) SIM (    ) NÃO	
94) _____ _____ (    ) SIM (    ) NÃO	
95) _____ _____ (    ) SIM (    ) NÃO	
96) _____ _____ (    ) SIM (    ) NÃO	
97) _____ _____ (    ) SIM (    ) NÃO	
98) _____ _____ (    ) SIM (    ) NÃO	



PREFEITURA MUNICIPAL DE ITABAIANA  
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

--

INSCRIÇÃO Nº _____ (campo a ser preenchido pela Secretaria)	
CARGO PÚBLICO: _____	
PcD: (    ) SIM (    ) NÃO	
<b>SERVIDOR RESPONSÁVEL:</b>	<b>ASSINATURA DO CANDIDATO:</b>
_____ (campo a ser preenchido pela Secretaria) (por extenso)	_____ (campo a ser preenchido pelo Candidato) (por extenso)
99) _____ _____ (    ) SIM (    ) NÃO	
100) _____ _____ (    ) SIM (    ) NÃO	
101) _____ _____ (    ) SIM (    ) NÃO	
102) _____ _____ (    ) SIM (    ) NÃO	
103) _____ _____ (    ) SIM (    ) NÃO	
104) _____ _____ (    ) SIM (    ) NÃO	
105) _____ _____ (    ) SIM (    ) NÃO	
106) _____ _____ (    ) SIM (    ) NÃO	
107) _____ _____ (    ) SIM (    ) NÃO	
108) _____ _____ (    ) SIM (    ) NÃO	
109) _____ _____ (    ) SIM (    ) NÃO	
110) _____ _____ (    ) SIM (    ) NÃO	
111) _____ _____ (    ) SIM (    ) NÃO	



**PREFEITURA MUNICIPAL DE ITABAIANA**  
**FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE**

---

--