



PREFEITURA MUNICIPAL DE ITABAIANA
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE ITABAIANA

APENSO B – FICHA DE INSCRIÇÃO

| | |
|---|--|
| INSCRIÇÃO PRESENCIAL N° _____ (campo a ser preenchido pela Secretaria) | ASSINATURA DO CANDIDATO: _____ (campo a ser preenchido pelo Candidato) |
| SERVIDOR RESPONSÁVEL: _____ (campo a ser preenchido pela Secretaria) (por extenso) | CARGO PÚBLICO: _____ (campo a ser preenchido pelo Candidato) |
| | QUANTIDADE DE TÍTULOS APRESENTADOS: _____ (campo a ser preenchido pela Secretaria) |

1) Nome: _____

2) Endereço: _____

Complemento/Bairro: _____ CEP: _____

Cidade: _____ UF: _____ Data de Nascimento: ____/____/____

3) Nacionalidade: _____ Naturalidade: _____

4) Nome da Mãe: _____

5) RG: _____ Órgão expedidor: _____ UF: _____ Data de expedição: ____/____/____

6) CPF _____ 7) Número da Reservista (se do sexo masculino): _____

8) PIS/PASEP: _____

9) N° DA CNH (se o cargo público a que vai concorrer exigir como requisito): _____ Categoria: _____

10) CTPS: _____ Série: _____ Data de Expedição ____/____/____

11) Título de eleitor: _____ Zona Eleitoral: _____ Sessão: _____ Data de Expedição: ____/____/____

12) Telefone: (____) _____ - _____ 13) 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 2022. _____
Assinatura do Candidato

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO N° _____/2022

A Comissão Organizadora, no uso de suas atribuições, declara, para os devidos fins, que o Sr. (a) _____, inscrito (a) no CPF sob o n° _____, promoveu a sua inscrição no Processo Seletivo Simplificado n° 012/2022 para o cargo de _____.

Certifico e dou fé.

Itabaiana/SE, _____ de _____ de 2022. _____
Assinatura do Servidor



PREFEITURA MUNICIPAL DE ITABAIANA
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE ITABAIANA

| | |
|--|---|
| INSCRIÇÃO PRESENCIAL N° _____ (campo a ser preenchido pela Secretaria) | ASSINATURA DO CANDIDATO: _____ (campo a ser preenchido pelo Candidato) |
| SERVIDOR RESPONSÁVEL: _____ (campo a ser preenchido pela Secretaria) (por extenso) | CARGO PÚBLICO: _____ (campo a ser preenchido pelo Candidato) |
| | QUANTIDADE DE TÍTULOS APRESENTADOS: _____ (campo a ser preenchido pela Secretaria) |

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;
- () Cópia da CNH, quando o cargo público a que concorre, exigir;
- () 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 DE ITABAIANA

| | |
|---|--|
| INSCRIÇÃO PRESENCIAL N° _____ (campo a ser preenchido pela Secretaria) | ASSINATURA DO CANDIDATO: _____ (campo a ser preenchido pelo Candidato) |
| SERVIDOR RESPONSÁVEL: _____ (campo a ser preenchido pela Secretaria) (por extenso) | CARGO PÚBLICO: _____ (campo a ser preenchido pelo Candidato) |
| | QUANTIDADE DE TÍTULOS APRESENTADOS: _____ (campo a ser preenchido pela Secretaria) |
| 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 DE ITABAIANA

| | |
|---|--|
| INSCRIÇÃO PRESENCIAL N° _____ (campo a ser preenchido pela Secretaria) | ASSINATURA DO CANDIDATO: _____ (campo a ser preenchido pelo Candidato) |
| SERVIDOR RESPONSÁVEL: _____ (campo a ser preenchido pela Secretaria) (por extenso) | CARGO PÚBLICO: _____ (campo a ser preenchido pelo Candidato) |
| | QUANTIDADE DE TÍTULOS APRESENTADOS: _____ (campo a ser preenchido pela Secretaria) |
| 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 DE ITABAIANA

| INSCRIÇÃO PRESENCIAL N° (campo a ser preenchido pela Secretaria) SERVIDOR RESPONSÁVEL: (campo a ser preenchido pela Secretaria) (por extenso) | ASSINATURA DO CANDIDATO: (campo a ser preenchido pelo Candidato) CARGO PÚBLICO: (campo a ser preenchido pelo Candidato) QUANTIDADE DE TÍTULOS APRESENTADOS: _____ (campo a ser preenchido pela Secretaria) |
|---|--|
| 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 | |
| 47) _____ _____ () SIM () NÃO | |



PREFEITURA MUNICIPAL DE ITABAIANA
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE ITABAIANA

| INSCRIÇÃO PRESENCIAL N° (campo a ser preenchido pela Secretaria) SERVIDOR RESPONSÁVEL: (campo a ser preenchido pela Secretaria) (por extenso) | ASSINATURA DO CANDIDATO: (campo a ser preenchido pelo Candidato) CARGO PÚBLICO: (campo a ser preenchido pelo Candidato) QUANTIDADE DE TÍTULOS APRESENTADOS: (campo a ser preenchido pela Secretaria) |
|---|--|
| 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 | |
| 60) _____ _____ () SIM () NÃO | |
| 61) _____ _____ () SIM () NÃO | |



PREFEITURA MUNICIPAL DE ITABAIANA
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE ITABAIANA

| INSCRIÇÃO PRESENCIAL N° (campo a ser preenchido pela Secretaria) SERVIDOR RESPONSÁVEL: (campo a ser preenchido pela Secretaria) (por extenso) | ASSINATURA DO CANDIDATO: (campo a ser preenchido pelo Candidato) CARGO PÚBLICO: (campo a ser preenchido pelo Candidato) QUANTIDADE DE TÍTULOS APRESENTADOS: (campo a ser preenchido pela Secretaria) |
|---|--|
| 62) _____ _____ () SIM () NÃO | |
| 63) _____ _____ () 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 | |
| 73) _____ _____ () SIM () NÃO | |
| 74) _____ _____ () SIM () NÃO | |
| 75) _____ _____ () SIM () NÃO | |
| 76) _____ _____ () SIM () NÃO | |



PREFEITURA MUNICIPAL DE ITABAIANA
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE ITABAIANA

| INSCRIÇÃO PRESENCIAL N° (campo a ser preenchido pela Secretaria) SERVIDOR RESPONSÁVEL: (campo a ser preenchido pela Secretaria) (por extenso) | ASSINATURA DO CANDIDATO: (campo a ser preenchido pelo Candidato) CARGO PÚBLICO: (campo a ser preenchido pelo Candidato) QUANTIDADE DE TÍTULOS APRESENTADOS: (campo a ser preenchido pela Secretaria) |
|---|--|
| 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 | |
| 86) _____ _____ () SIM () NÃO | |
| 87) _____ _____ () SIM () NÃO | |
| 88) _____ _____ () SIM () NÃO | |
| 89) _____ _____ () SIM () NÃO | |



PREFEITURA MUNICIPAL DE ITABAIANA
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE ITABAIANA

| INSCRIÇÃO PRESENCIAL N° (campo a ser preenchido pela Secretaria) SERVIDOR RESPONSÁVEL: (campo a ser preenchido pela Secretaria) (por extenso) | ASSINATURA DO CANDIDATO: (campo a ser preenchido pelo Candidato) CARGO PÚBLICO: (campo a ser preenchido pelo Candidato) QUANTIDADE DE TÍTULOS APRESENTADOS: (campo a ser preenchido pela Secretaria) |
|---|--|
| 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 | |
| 99) _____ _____ () SIM () NÃO | |
| 100) _____ _____ () SIM () NÃO | |
| 101) _____ _____ () SIM () NÃO | |
| 102) _____ _____ () SIM () NÃO | |
| 101) _____ _____ () SIM () NÃO | |



PREFEITURA MUNICIPAL DE ITABAIANA
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE ITABAIANA
