



PREFEITURA MUNICIPAL DE ITABAIANA  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

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)	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) Número da Reservista (se do sexo masculino): \_\_\_\_\_

7) PIS/PASEP: \_\_\_\_\_

8) N° DA CNH (se o cargo público a que vai concorrer exigir como requisito): \_\_\_\_\_ Categoria: \_\_\_\_\_

9) CTPS: \_\_\_\_\_ Série: \_\_\_\_\_ Data de Expedição \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

10) Título de eleitor: \_\_\_\_\_ Zona Eleitoral: \_\_\_\_\_ Sessão: \_\_\_\_\_ Data de Expedição: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

11) Telefone: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ 14) 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

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 010/2022 para o cargo de Psicólogo em Saúde.

Certifico e dou fê.

Itabaiana/SE, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2022.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Servidor



PREFEITURA MUNICIPAL DE ITABAIANA  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

--

<b>INSCRIÇÃO PRESENCIAL N°</b> _____ (campo a ser preenchido pela Secretaria)	<b>ASSINATURA DO CANDIDATO:</b> _____ (campo a ser preenchido pelo Candidato)
<b>SERVIDOR RESPONSÁVEL:</b> _____ (campo a ser preenchido pela Secretaria)	<b>QUANTIDADE DE TÍTULOS APRESENTADOS:</b> _____ (campo a ser preenchido pela Secretaria)

**SUBITEM 2.3 - 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;



**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) O ( ) SIM ou ( ) NÃO assinalado pela Secretaria 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**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

<b>INSCRIÇÃO PRESENCIAL N°</b> _____ (campo a ser preenchido pela Secretaria)	<b>ASSINATURA DO CANDIDATO:</b> _____ (campo a ser preenchido pelo Candidato)
<b>SERVIDOR RESPONSÁVEL:</b> _____ (campo a ser preenchido pela Secretaria)	<b>QUANTIDADE DE TÍTULOS APRESENTADOS:</b> _____ (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	
21) _____ _____ ( ) SIM ( ) NÃO	



PREFEITURA MUNICIPAL DE ITABAIANA  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

( ) SIM ( ) NÃO	
<b>INSCRIÇÃO PRESENCIAL N°</b> _____ (campo a ser preenchido pela Secretaria)	<b>ASSINATURA DO CANDIDATO:</b> _____ (campo a ser preenchido pelo Candidato)
<b>SERVIDOR RESPONSÁVEL:</b> _____ (campo a ser preenchido pela Secretaria)	<b>QUANTIDADE DE TÍTULOS APRESENTADOS:</b> _____ (campo a ser preenchido pela Secretaria)
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	
34) _____ _____ ( ) SIM ( ) NÃO	
35) _____ _____ ( ) SIM ( ) NÃO	



PREFEITURA MUNICIPAL DE ITABAIANA  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

( ) SIM ( ) NÃO	
<b>INSCRIÇÃO PRESENCIAL N°</b> _____ (campo a ser preenchido pela Secretaria)	<b>ASSINATURA DO CANDIDATO:</b> _____ (campo a ser preenchido pelo Candidato)
<b>SERVIDOR RESPONSÁVEL:</b> _____ (campo a ser preenchido pela Secretaria)	<b>QUANTIDADE DE TÍTULOS APRESENTADOS:</b> _____ (campo a ser preenchido pela Secretaria)
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
48) _____	_____ ( ) SIM ( ) NÃO
49) _____	_____ ( ) SIM ( ) NÃO



PREFEITURA MUNICIPAL DE ITABAIANA  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

( ) SIM ( ) NÃO	
<b>INSCRIÇÃO PRESENCIAL N°</b> _____ (campo a ser preenchido pela Secretaria)	<b>ASSINATURA DO CANDIDATO:</b> _____ (campo a ser preenchido pelo Candidato)
<b>SERVIDOR RESPONSÁVEL:</b> _____ (campo a ser preenchido pela Secretaria)	<b>QUANTIDADE DE TÍTULOS APRESENTADOS:</b> _____ (campo a ser preenchido pela Secretaria)
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
62) _____	_____ ( ) SIM ( ) NÃO
63) _____	_____ ( ) SIM ( ) NÃO



PREFEITURA MUNICIPAL DE ITABAIANA  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

( ) SIM ( ) NÃO	
<b>INSCRIÇÃO PRESENCIAL N°</b> _____ (campo a ser preenchido pela Secretaria)	<b>ASSINATURA DO CANDIDATO:</b> _____ (campo a ser preenchido pelo Candidato)
<b>SERVIDOR RESPONSÁVEL:</b> _____ (campo a ser preenchido pela Secretaria)	<b>QUANTIDADE DE TÍTULOS APRESENTADOS:</b> _____ (campo a ser preenchido pela Secretaria)
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	
73) _____ _____ ( ) SIM ( ) NÃO	
74) _____ _____ ( ) SIM ( ) NÃO	
75) _____ _____ ( ) SIM ( ) NÃO	
76) _____ _____ ( ) SIM ( ) NÃO	
77) _____ _____ ( ) SIM ( ) NÃO	



PREFEITURA MUNICIPAL DE ITABAIANA  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

( ) SIM ( ) NÃO	
<b>INSCRIÇÃO PRESENCIAL N°</b> _____ (campo a ser preenchido pela Secretaria)	<b>ASSINATURA DO CANDIDATO:</b> _____ (campo a ser preenchido pelo Candidato)
<b>SERVIDOR RESPONSÁVEL:</b> _____ (campo a ser preenchido pela Secretaria)	<b>QUANTIDADE DE TÍTULOS APRESENTADOS:</b> _____ (campo a ser preenchido pela Secretaria)
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
90) _____	_____ ( ) SIM ( ) NÃO





**PREFEITURA MUNICIPAL DE ITABAIANA**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

---