



**PREFEITURA MUNICIPAL DO IPOJUCA
SECRETARIA DE ADMINISTRAÇÃO DE RECURSOS HUMANOS
COMISSÃO DE POSSE**

FICHA CADASTRAL DO SERVIDOR EFETIVO

DADOS PESSOAIS			
NOME:		SEXO:	
ENDEREÇO:			
COMP:		BAIRRO:	
CEP:		UF:	MUNICÍPIO:
TELEFONE: ()		CELULAR: ()	DATA NASC.:
ESTADO CIVIL:		E-MAIL:	
INSTRUÇÃO:			
CPF:		PIS/PASEP:	EMISSÃO:
RG:	EMISSÃO:	ORGÃO EMISSOR:	UF:
CTPS:	SÉRIE:	EMISSÃO:	UF:
TÍT. ELEITOR:	ZONA:	SEÇÃO:	EMISSÃO:
MUNICÍPIO:	UF:	DATA DA ÚLTIMA VOTAÇÃO:	
Nº HABILITAÇÃO:		CATEGORIA:	DT. VALIDADE:
CERTIFICADO MILITAR:		CATEGORIA:	ÓRGÃO EMISSOR:
UF:	DATA DA EXPEDIÇÃO:		REGIÃO MILITAR:
NACIONALIDADE:	DT. CHEGADA:	NACIONALIDADE:	UF:
NOME DO PAI:			
NOME DA MÃE:			
RAÇA/COR:		DEF. FÍSICA:	TIPO SANG.:
			DOADOR:
DEPENDENTES			
NOME DO DEPENDENTE:		SEXO:	
GRAU DE PARENTESCO (listagem abaixo):		CPF:	
11 – Cônjuge ou companheiro(a) com o qual o contribuinte tenha filho ou viva há mais de 5 anos		21 – Filho(a) ou enteado(a) até 21 anos, ou maior, se incapacitado física e/ou mentalmente p/ o trabalho	
22 – Filho(a) ou enteado(a) até 24 anos, se universitário ou cursando escola técnica de 2º grau		24 – Irmão, neto ou bisneto sem arrimo até 21 anos ou incapaz física/mentalmente	
25 – Irmão, neto ou bisneto sem arrimo até 24 anos, se universitário ou cursando escola técnica de 2º grau		31 – Pais, avós e bisavós que em 1998 receberam rendimentos, tributáveis ou não, até R\$ 10.800,00	
41 – Menor pobre até 21 anos que o contribuinte crie e eduque e detenha a guarda judicial		51 – A pessoa absolutamente incapaz, da qual o contribuinte seja tutor ou curador	
NOME DO DEPENDENTE:			
GRAU DE PARENTESCO:		CPF:	
NOME DO DEPENDENTE:		SEXO:	
GRAU DE PARENTESCO:		CPF:	
DADOS BANCÁRIOS			
CONTA CORRENTE NO BANCO BREDESCO		AGÊNCIA Nº:	CONTA Nº:
DADOS DO SERVIDOR NO PREFEITURA DO IPOJUCA (preenchidos pela COMISSÃO DE POSSE)			
CARGO:		DATA DA POSSE:	
INÍCIO DA LOTAÇÃO:		Nº DO DOCUMENTO:	DATA DO DOCUMENTO:
TIPO DO DOCUMENTO:		UNIDADE ADMINISTRATIVA:	
MATRÍCULA DO SERVIDOR:			

TERMO DE RESPONSABILIDADE	
DECLARO , à luz do que dispõe o art. 299 do Código Penal Brasileiro, que as informações aqui prestadas representam a expressão da verdade.	
OBS:	
Recife, ____ / ____ /20____ ASSINATURA: _____	



DECLARAÇÃO **DE BENS E VALORES**

Eu, _____,
candidato(a) habilitado(a) no concurso público realizado pelo Município do Ipojuca
para prover o cargo de _____, **DECLARO**, em
cumprimento às exigências do art. 23, da Lei nº 1.494 de 16 de julho de 2008 -
Estatuto do Servidor Público Municipal do Ipojuca, e para fins de posse no cargo de
_____ que:

(____) **não** possuo bens ou valores a serem informados;

(____) possuo os bens ou valores constantes da cópia da Declaração de
Ajuste Anual do Imposto de Renda da Pessoa Física anexa;

(____) possuo os bens ou valores constantes da relação anexa.

Ipojuca, ____ de _____ de 20__

(assinatura)



DECLARAÇÃO

Considerando o disposto no art. 37, incisos XVI, XVII e §10, da Constituição Federal, e no art. 24 da Lei nº 1.494, de 16 de julho de 2008 - Estatuto do Servidor Público Municipal do Ipojuca, eu, _____, candidato(a) habilitado(a) em concurso público para provimento do cargo de _____, **DECLARO** para os devidos fins que _____ proventos de aposentadoria de emprego, cargo ou função pública. (percebo ou não percebo)

Só para quem percebe proventos
ÓRGÃO:
CARGO:
DATA DA APOSENTADORIA:

DECLARO ainda que _____ cargo, emprego ou função pública. (ocupo ou não ocupo)

Só para quem ocupa outro cargo
ÓRGÃO:
CARGO:

Obs: _____

Por ser a expressão da verdade, firmo a presente declaração.

Ipojuca, ____ de _____ de 20____

(assinatura)



DECLARAÇÃO **NEGATIVA DE PENALIDADES**

Eu, _____,
candidato(a) habilitado(a) no concurso público realizado pelo Município do Ipojuca para prover o cargo de _____,
DECLARO, para fins de posse, que no decorrer dos últimos 05 (cinco) anos, **não sofri**, no exercício de cargo ou função pública, as penalidades previstas nas disposições do artigo 217 da Lei nº 1.494 de 16 de julho de 2008 - Estatuto do Servidor Público Municipal do Ipojuca, das quais tenho pleno conhecimento.

Ipojuca, ____ de _____ de 20 ____

(assinatura)



PERFIL ESCOLAR e PROFISSIONAL

Escolaridade: _____

Está estudando atualmente? Em caso afirmativo, mencione o curso e o estabelecimento de ensino.

Está trabalhando? Em caso afirmativo, em qual empresa ou órgão?

Caso tenha, mencione a(s) sua(s) experiência(s) de trabalho(s) anterior(es).

Especifique o seu conhecimento sobre uso da informática.

NOME:

CARGO: _____

DATA: / /20

ASSINATURA:



PROGRAMA DE CONTROLE MÉDICO DE SAÚDE OCUPACIONAL
FICHA CLÍNICA

Nome:	Função:
Empresa:	RG
Estado civil:	Idade:
	Setor:
	Sexo:

Antecedentes familiares: seu (ua) esposo (a) ou qualquer de seus familiares diretos (pai, mãe, e filhos), mesmo os já falecidos, têm ou tiveram alguma das doenças abaixo?

Assinale	Parentesco	Sim	Não	Assinale	Parentesco	Sim	Não
01-Tuberculose				04-Câncer			
02-Diabete (açúcar no sangue)				05-Alergias			
03-Doença no coração/Pressão alta				06-Doença Psiquiátrica			

Antecedentes pessoais

Sofreu ou sofre alguma das doenças abaixo?	Sim	Não	Sofreu ou sofre alguma das doenças abaixo?	Sim	Não
07 – Doenças do coração, infarto, pressão alta?			18 – Varizes?		
08 – Bronquite, asma, rinite?			19 – Alérgico a alguma substância?		
09 – Resfriados frequentes, sinusite?			20 – Hérnias?		
10 – Dor de cabeça, tontura, convulsões?			21 – Doença sexualmente transmissível?		
11 – Diabetes (açúcar no sangue)?			22 – Já foi submetido à cirurgia?		
12 – Doenças do estômago (úlceras, gastrite)?			23 – Dores nas costas?		
13 – Doenças renais (nefrite, infecção urinária, cálculo)?			24 – Esteve afastado por mais de 15 dias por motivo de doença?		
14 – Enxerga bem?			25 – Faz uso regular de medicamento?		
15 – Ouve bem?			26 – Tabagismos (fuma)?		
16 – Otite crônica, zumbidos no ouvido?			27 – Etilismo (bebe)?		
17 – Doenças de pele (urticária, eczemas)?			28 – Doença psiquiátrica?		

Observações Médicas:

Antecedentes ocupacionais

	Sim	Não		Sim	Não
29 – Já sofreu algum acidente de trabalho?			31 – Apresentou algum afastamento superior a 15 dias por doença adquirida no trabalho?		
30 – Já apresentou doença do trabalho ou profissional?			32 – Concorde em usar equipamento de proteção?		

Assino como prova de ter declarado a verdade.

/ /

/ /

Local
Data
Assinatura do candidato



TERMO DE DESISTÊNCIA

Eu, _____,
RG _____ SSP-_____, CPF nº _____,
candidato(a) classificado(a), no Concurso Público realizado pelo Município do
Ipojuca, para provimento do cargo de
_____, e convocado pela apresentar
documentação para fins de posse, **DECLARO** por este instrumento, em caráter
irrevogável e irretroatável que **DESISTO, DEFINITIVAMENTE**, de assumir o
referido cargo.

Ipojuca, __ de _____ de 20__.

Assinatura (igual à identidade)