



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

**PROCESSO SELETIVO PÚBLICO SIMPLIFICADO – PSS 02/2022 SES -SE**

**DOCUMENTOS NECESSÁRIOS PARA O PROCESSO DE ADMISSÃO**

- Cópia dos comprovantes de pré-requisitos do cargo pleiteado (acompanhada de original) conforme Anexo II do Edital PSS 02/2022 SES –SE;
- Cópias dos Certificados, Diplomas e Especializações;
- 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;
- 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; (**PARA ABERTURA DA CONTA É NECESSÁRIO OBTER A DECLARAÇÃO FORNECIDA PELA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE, A DECLARAÇÃO É ENTREGUE AO CANDIDATO NO ATO DA SUA APRESENTAÇÃO**);
- 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](http://www.ssp.se.gov.br));
- Certidão de Crimes Eleitorais; (Residentes em Sergipe: [www.tre-se.jus.br](http://www.tre-se.jus.br));
- Certidão de Quitação da Justiça Eleitoral; (Residentes em Sergipe: [www.tre-se.jus.br](http://www.tre-se.jus.br));
- Certidão Negativa PENAL Estadual (Residentes em Sergipe [www.tjse.jus.br](http://www.tjse.jus.br));
- Certidão Negativa CRIMINAL Federal  
(<https://consulta2.jfse.jus.br/certidaonegativa/emissao-certidao.aspx>)
- Atestado Médico de capacidade funcional emitido por Médico do Trabalho, conforme item 12.1.6 do Edital PSS 02/2022 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 5.6.2 do Edital PSS 02/2022 SES -SE**



GOVERNO DO ESTADO DE SERGIPE  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

PROCESSO SELETIVO PÚBLICO SIMPLIFICADO – PSS 01/2022 SES -SE

**EXAMES NECESSÁRIOS PARA O PROCESSO DE ADMISSÃO**

**Exames laboratoriais (validade 06 meses): TRAZER AS CÓPIAS**

- ( ) Hemograma Completo
- ( ) Grupo Sanguíneo e Fator RH
- ( ) 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): TRAZER AS CÓPIAS**

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

**CONCORRENTES A VAGAS DE PESSOAS COM DEFICIÊNCIA:**

Além dos documentos acima descritos, apresentar: **Laudo médico original e cópias com especificações exigidas no item 5.6.2 do Edital PSS 02/2022 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

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 exerce 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 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. Especificando 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)



Governo de Sergipe  
SECRETARIA DE ESTADO DA ADMINISTRAÇÃO  
GERÊNCIA DE RECRUTAMENTO E SELEÇÃO DE PESSOAL

## FICHA DE CADASTRO

CARGO:	<i>Edital: 02/2022</i>	ÓRGÃO <i>Secretaria de Estado da Saúde</i>
REGIME:	CONTRATO TEMPORÁRIO (X) PERÍODO <b>01 ANO</b>	

### 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)					
Médio <input type="radio"/>		Superior <input type="radio"/>		Pós Graduação <input type="radio"/>	
Mestrado <input type="radio"/>		Doutorado <input type="radio"/>			
CPF		Carteira Identidade		Data emissão	
PIS/PASEP		Banco	Agência	Conta	
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 01/2022.

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	



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

**PROCESSO SELETIVO PÚBLICO SIMPLIFICADO – PSS 02/2022 SES-SE**

**TERMO DE CIÊNCIA**  
**NECESSIDADE DE COMPARECIMENTO À PERÍCIA MÉDICA DO ESTADO**

Eu, \_\_\_\_\_, abaixo assinado, portador(a) do CPF \_\_\_\_\_ e do RG \_\_\_\_\_, declaro estar ciente do Item 15.5 do Edital do Processo Seletivo Simplificado, em que expressa a **necessidade do Atestado Médico de Saúde Ocupacional** por mim apresentado no ato da contratação do PSS ser submetido à ratificação pelo Serviço Médico do Estado, no dia e horário informados pelo RH da SES, **sob pena de bloqueio salarial e nulidade do contrato** em caso de não comparecimento.

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

---

**Candidato(a)**