



# PREFEITURA MUNICIPAL DE ITAPIRA

ESTADO DE SÃO PAULO

**PROCESSO SELETIVO SIMPLIFICADO Nº 03/2020  
CONTRATAÇÃO POR TEMPO DETERMINADO  
EDITAL Nº. 03/2020**

INSCRIÇÃO Nº \_\_\_\_\_

**CARGO: TUTOR EDUCACIONAL**

Declaramos abaixo assinado, que recebemos a documentação do candidato para participação no Processo Seletivo Simplificado para Contratação por Tempo Determinado, por 12 meses.

**Da Inscrição:**

*Será exigido dos candidatos ao Processo Seletivo, para fins de inscrição, a apresentação dos documentos e suas respectivas cópias, no ato da inscrição:*

Documentos	Cópia		Apresentou
	Sim	Não	Sim / Não
Carteira de Identidade – RG			
CNH			
CPF			
Registro Órgão de Classe			
Título de Eleitor e comprovante da última votação			
Reservista			
Documento comprobatório Escolaridade			
Atestado de Antecedentes Criminais			
Preenchimento de questionário pessoal			

Nome			
Endereço			
Telefone		Celular	
E-mail			
Idade		Estado Civil	

Estou ciente do Edital nº 03/2020 – Processo Seletivo Simplificado 03/2020 e concordo com todas as normas nele contido.

Assinatura do(a) candidato(a)	
-------------------------------	--

Data Inscrição		Visto Servidor do PAT	
----------------	--	-----------------------	--

-----  
**COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO Nº \_\_\_\_\_**

**CARGO \_\_\_\_\_**

Data Inscrição		Visto Servidor do PAT	
----------------	--	-----------------------	--



# **PREFEITURA MUNICIPAL DE ITAPIRA**

ESTADO DE SÃO PAULO

## **Questionário Processo Seletivo Simplificado nº 03/2020**

(Deverá ser preenchido pelo candidato com letra de forma legível)

Eu, \_\_\_\_\_ [nome completo do candidato]

CPF n.º \_\_\_\_\_ RG n.º \_\_\_\_\_.

Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_

Endereço residencial: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Telefones para contato: \_\_\_\_\_

Candidato(a) à vaga do cargo de TUTOR EDUCACIONAL, declaro que todas as informações por mim preenchidas no questionário anexo, são verdadeiras, corretas e completas.

Declarando ter conhecimento que qualquer fato ou omissão cometido no preenchimento das respostas dos quesitos, poderá me imputar sanções legais ou penalidades jurídicas, já que fazem parte do conjunto de elementos que compõem a avaliação da minha experiência profissional e de meu estado de saúde.

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Candidato



# PREFEITURA MUNICIPAL DE ITAPIRA

ESTADO DE SÃO PAULO

## QUESTIONÁRIO PARA PROCESSO SELETIVO.

I. **Atividades Extralaborativas:** este item nos ajuda a definir o seu perfil em relação à sua qualidade de vida atual. Gostaríamos que descrevesse seus *hobbies* e suas preferências de leitura, arte, cinema, esportes e outros: \_\_\_\_\_

II. **Experiência Profissional:** descreva as atividades laborativas e períodos que já exerceu: **CURRÍCULO**

III. **Antecedentes mórbidos familiares:** observe se algum membro próximo, em sua família, é portador de alguma das seguintes moléstias. Em caso afirmativo, indique o grau de parentesco.

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> reumatismo _____        | <input type="checkbox"/> pressão arterial alta _____ |
| <input type="checkbox"/> alcoolismo _____        | <input type="checkbox"/> diabetes mellitus _____     |
| <input type="checkbox"/> doença do coração _____ | <input type="checkbox"/> doença mental _____         |
| <input type="checkbox"/> câncer _____            | <input type="checkbox"/> epilepsia _____             |
| <input type="checkbox"/> alergias _____          | <input type="checkbox"/> tuberculose pulmonar _____  |
| <input type="checkbox"/> outros: _____           |  |

IV. **Antecedentes mórbidos pessoais:**

- a. Possui algum tipo de alergia?  NÃO  SIM – Qual? \_\_\_\_\_
- b. Fez alguma cirurgia?  NÃO  SIM – Qual? \_\_\_\_\_
- c. Esteve hospitalizado?  NÃO  SIM – Qual motivo? \_\_\_\_\_
- d. Conhece o seu tipo sanguíneo?  NÃO  SIM – Qual? \_\_\_\_\_ É doador?  NÃO  SIM
- e. Já recebeu transfusão de sangue?  NÃO  SIM – Em qual período, e qual motivo? \_\_\_\_\_

f. Faz uso de medicamentos ou dieta?  NÃO  SIM – Qual(is)? \_\_\_\_\_

g. É portador de alguma das moléstias abaixo?

- |                         |   |                     |   |
|-------------------------|---|---------------------|---|
| • Pressão arterial alta | <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM | • Diabetes Mellitus | <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM |
| • Hérnia                | <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM | • Doença do coração | <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM |
| • Varizes               | <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM | • Doença de coluna  | <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM |



# PREFEITURA MUNICIPAL DE ITAPIRA

ESTADO DE SÃO PAULO

- Colesterol alto  NÃO  SIM
- Colesterol baixo  NÃO  SIM
- Doença Pulmonar  NÃO  SIM
- Doença Psiquiátrica \_\_\_\_\_
- Outras: \_\_\_\_\_
- h. Atualmente faz algum tratamento?  NÃO  SIM –Qual(is)? \_\_\_\_\_
- i. Já sofreu algum acidente grave?  NÃO  SIM –Descreva-o: \_\_\_\_\_
- j. Sente falta de ar e/ou palpitações quando faz esforços ou sobe escadas?  NÃO  SIM
- Há quanto tempo? \_\_\_\_\_
- Descreva: \_\_\_\_\_
- k. Tem com frequência algum dos seguintes sintomas?
- |                 |                              |                              |                                  |                              |                              |
|-----------------|------------------------------|------------------------------|----------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| • Dor nos olhos | <input type="checkbox"/> NÃO | <input type="checkbox"/> SIM | • Tonturas                       | <input type="checkbox"/> NÃO | <input type="checkbox"/> SIM |
| • Dor de cabeça | <input type="checkbox"/> NÃO | <input type="checkbox"/> SIM | • Dores articulares              | <input type="checkbox"/> NÃO | <input type="checkbox"/> SIM |
| • Dor no peito  | <input type="checkbox"/> NÃO | <input type="checkbox"/> SIM | • Zumbido ou barulho nos ouvidos | <input type="checkbox"/> NÃO | <input type="checkbox"/> SIM |
| • Dor coluna    | <input type="checkbox"/> NÃO | <input type="checkbox"/> SIM | •                                | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/>     |
- Outros: \_\_\_\_\_
- l. Já sofreu alguma fratura óssea (quebrou algum osso)?  NÃO  SIM –Como? \_\_\_\_\_
- m. Tem dor no estômago ou alguma doença já diagnosticada no aparelho digestivo?  NÃO  SIM
- Em caso positivo, há quanto tempo? \_\_\_\_\_
- n. Algum tipo de alimento lhe faz mal?  NÃO  SIM –Qual(is)? \_\_\_\_\_
- o. Já desmaiou alguma vez?  NÃO  SIM – Em que condições? \_\_\_\_\_
- p. Dorme bem?  NÃO  SIM –Descreva \_\_\_\_\_
- q. Tem perdido peso corporal nos últimos meses?  NÃO  SIM – Quanto perdeu? \_\_\_\_\_
- r. Tem dores nos membros superiores?  NÃO  SIM –Explique \_\_\_\_\_
- s. Já sofreu algum acidente no trabalho?  NÃO  SIM –Descreva \_\_\_\_\_
- t. Faz uso de medicação controlada?  NÃO  SIM – Qual, e por quanto tempo? \_\_\_\_\_
- u. Inger bebidas alcoólicas?  NÃO  SIM  ÀS VEZES –Qual(is)? \_\_\_\_\_
- OBS: se a resposta for sim ou às vezes, preencher questionário AUDIT
- v. Tabagismo?  NÃO  SIM –cigarros/dia? \_\_\_\_\_  Ex-fumante – há quanto tempo? \_\_\_\_\_



# PREFEITURA MUNICIPAL DE ITAPIRA

ESTADO DE SÃO PAULO

w. Você ou algum membro de sua família faz uso de drogas ilícitas? (OPCIONAL)  NÃO  SIM – Descreva? \_\_\_\_\_

x. Comentários que julgar necessário) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Declaro não ter omitido menção a NENHUMA doença, passada ou atual, defeito físico ou sequela funcional de acidente ou doença profissional.

Igualmente, reconheço ser portador de: \_\_\_\_\_

Itapira/SP, \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Assinatura do Candidato