

ORIENTAÇÕES

**AOS PROFESSORES
NOMEADOS**

CONCURSO PÚBLICO DO MAGISTÉRIO

EDITAL 01/2025



**GOVERNO DO ESTADO
RIO GRANDE DO SUL**

SECRETARIA DA EDUCAÇÃO

PREZADO(A) NOMEADO(A),

A Secretaria de Estado da Educação parabeniza você por sua nomeação no Concurso Público do Magistério Estadual (Edital n.º 01/2025), publicada no Diário Oficial do Estado em 25/08/2026.

Com grande satisfação, damos as boas-vindas a quem passará a contribuir diretamente para o fortalecimento da Educação Pública do Rio Grande do Sul.

Este documento reúne as orientações necessárias para as etapas de sua posse e exercício no seu novo cargo. Recomendamos a leitura atenta de todas as informações, pois elas serão fundamentais para o cumprimento dos prazos e procedimentos que deverão ser observados durante o processo de ingresso no serviço público estadual.

ORIENTAÇÕES

- ✓ Você receberá as comunicações referente aos procedimentos de ingresso no seu e-mail que informou à banca realizadora do concurso – Instituto AOCP. Assim, verifique sua caixa de entrada e a caixa de spam regularmente.
- ✓ Você deverá apresentar toda a documentação descrita na Etapa 1 e 2 deste documento em até 15 (quinze) dias, não prorrogáveis, a contar da data de publicação do ato de nomeação no Diário Oficial do Estado.
- ✓ Após publicação do laudo de aptidão física e psicológica do Departamento de Perícia Médica do Estado (DMEST), você deverá tomar posse em até 5 (cinco) dias, conforme orientações constantes na Etapa 2 deste documento.
- ✓ Alertamos para que providencie imediatamente os exames médicos obrigatórios descritos na Etapa 1, pois você terá até os 15 dias (não prorrogáveis), mencionados acima, para juntar estes exames, para que possa realizar sua avaliação médica de ingresso.

ETAPA 1

AVALIAÇÃO MÉDICA DE APTIDÃO PARA INGRESSO



A etapa de avaliação médica de aptidão para ingresso consiste em:



Avaliação Psicológica

(presencial), que constitui em questionário, testes psicológicos, dinâmica de grupo e entrevista individual (se necessário).

Avaliação Médica

(presencial), ocasião em que serão avaliadas suas condições de saúde, **acompanhado** do questionário de saúde e exames médicos relacionados abaixo:



Para a realização das avaliações psicológica e médica, é necessário realizar o envio dos documentos e exames solicitados abaixo, através do Portal do Servidor, acessível no link:

 <https://secweb.procergs.com.br/rheportal/public/concursoIngressoForm.xhtml>.

dentro do período de **31/08/2026 a 08/09/2026**



PORTAL DO SERVIDOR

Ao acessar o link do Portal do Servidor:

1. Preencha os campos com os seus dados, e selecione o **Concurso/Cargo**:
"C. 1/2025 SEDUC";
2. Clicar no botão **"Solicitar Chave Acesso"**;
3. Verificar a chave de acesso enviada ao seu e-mail. Se você não receber, pode ser por dois motivos: caiu na caixa de spam do correio eletrônico OU as informações não estão atualizadas no cadastro do órgão;
4. Com a chave de acesso, inclua no respectivo campo a chave;
5. Após preencher todos os campos, clique no botão **"Confirmar"**.

6. Para incluir os documentos relativos para realização da avaliação médica você deverá seguir as orientações que receberá no seu e-mail, enviado pelo DMEST.

DOCUMENTOS OBRIGATÓRIOS



1. Declaração de Saúde: baixe o arquivo para preenchimento aqui



<https://planejamento.rs.gov.br/upload/arquivos/202207/05102049-questionario-de-declaracao-de-saude-atualizado-05-07-22.pdf>



2. Questionário Avaliação Psicológica (**em anexo**) - Imprimir, preencher a próprio punho, inserir no Portal do Servidor e não esquecer levar no dia presencial com as demais documentações.
3. Documento de identificação oficial com foto.

Exames Obrigatórios

- Hemograma com plaquetas
- Creatinina
- Glicemia de Jejum
- Audiometria tonal + Laudo

Para candidatos com 45 anos ou mais, apresentar além dos exames obrigatórios:

- Eletrocardiograma com laudo do exame
- Laudo Cardiológico
- Laudo Ortopédico
- Laudo Oftalmológico

Atenção: A validade dos exames é de **60 (sessenta) dias** a contar da emissão do resultado, os exames são de responsabilidade e custas do candidato.

Agendamento das Avaliações Psicológica e Médica

Você receberá do Departamento de Perícia Médica do Estado (DMEST) por e-mail as informações relativas às datas, horários e locais para realização das suas avaliações.

Importante:

- Compareça com **30 minutos de antecedência**, não será permitida a entrada após o início das avaliações.
- Leve documento de identificação oficial original com foto e os documentos/exames obrigatórios já enviados pelo portal do servidor.

Em caso de dúvidas entre em contato através do e-mail:



gestao-ingresso@spgg.rs.gov.br

ETAPA 2

POSSE NO CARGO PÚBLICO



Concomitantemente à Etapa 1, você deverá providenciar seu procedimento de posse no cargo para o qual foi nomeado. Para isso é importante você seguir as instruções abaixo:

1. Preencher o Formulário de Dados Complementares

Você deverá preencher o Formulário de Dados Complementares disponível no link :



[Concurso Público do Magistério n.º 01/2025 – Preencher o formulário](#)

2. Documentos para Posse

Documentos Obrigatórios:

- ☒ Ficha de Cadastro; **(em anexo)**
- ☒ Documento de Identificação Oficial: Carteira de Identidade Civil contendo o nº do Registro Geral (RG), emitida há menos de 10 (dez) anos; ou Carteira Nacional de Habilitação (CNH); ou Passaporte acompanhado do CPF;
- ☒ No caso de estrangeiros, apresentar documentação que comprove a situação regular no Brasil, mediante a apresentação Registro Nacional de Estrangeiros (RNE) e cópia da tela do Sistema Nacional de Cadastro de Registro de Estrangeiros – SINCRE;

- ✓ Comprovante de Situação Cadastral no Cadastro de Pessoa Física (CPF), disponível em:
 <https://servicos.receita.fazenda.gov.br/Servicos/CPF/ConsultaSituacao/ConsultaPublica.asp>
- ✓ Certidão de casamento/divórcio (se aplicável).
- ✓ Carteira CREF, no caso de Professor nomeado no componente de Educação Física.
- ✓ Certificado de Reservista ou outro documento de regularidade de situação militar, se do sexo masculino;
- ✓ Para estrangeiros: Comprovante do Registro Nacional de Estrangeiros (RNE) e cópia da tela do Sistema Nacional de Cadastro de Registro de Estrangeiros (SINCRE).
- ✓ Carteira de Trabalho (cópia da 1ª página e da página dos registros de emprego/função pública).
- ✓ Diploma ou Certificado de Curso de Graduação (em cópia autenticada frente e verso ou versão digital certificada digitalmente) ou cópia Simples apresentada juntamente com o documento original (o candidato, ao apresentar o certificado deverá já ter realizado a colação de grau) e, no caso de estrangeiros, comprovante de conclusão de curso equivalente, com tradução juramentada.
- ✓ Comprovante de exoneração de cargo público ou protocolo do pedido, no caso de acúmulo de cargo/função pública vedado pela Constituição Federal (art. 37, inciso XVI), para ser apresentado no dia da posse na respectiva CRE.

- ✓ Declaração de inexistência de penalidades em processos administrativos; **(em anexo)**
- ✓ Certidão de Quitação Eleitoral, disponível em:
 - 🔗 <https://www.tse.jus.br/servicos-eleitorais/certidoes/certidao-de-quitacao-eleitoral>
- ✓ Certidão Negativa de Crimes Eleitorais, disponível em:
 - 🔗 <https://www.tse.jus.br/eleitor/certidoes/certidao-de-crimes-eleitorais>
- ✓ Alvará de Folha Corrida e Certidão Judicial de Distribuição Criminal de 2º grau para os efeitos de verificação de enquadramento na Lei Complementar nº 135, de 4 de junho de 2010, disponível em:
 - 🔗 <https://www.tse.jus.br/eleitor/certidoes/certidao-de-crimes-eleitorais>
- ✓ Certidões Negativas Cível e Criminal da Justiça Estadual, disponível em:
 - 🔗 <https://www.tjrs.jus.br/novo/processos-e-servicos/servicos-processuais/emissao-de-antecedentes-e-certidoes/>
- ✓ Certidão Negativa Cível e Criminal da Justiça Federal, disponível em:
 - 🔗 <https://www2.trf4.jus.br/trf4/processos/certidao/index.php>
- ✓ Certidão Negativa de Improbidade Administrativa, disponível em:
 - 🔗 https://www.cnj.jus.br/improbidade_adm/consultar_requerido.php
- ✓ **Para Estrangeiro:** Certidão negativa Criminal do país de origem ou onde residiu nos últimos 5 anos.

3. Envio dos Documentos

Para encaminhar os documentos necessários à posse, você deverá acessar o link que receberá no seu e-mail, referente ao seu processo administrativo de posse no Sistema Eletrônico de Informações (SEI), dentro do período **de**

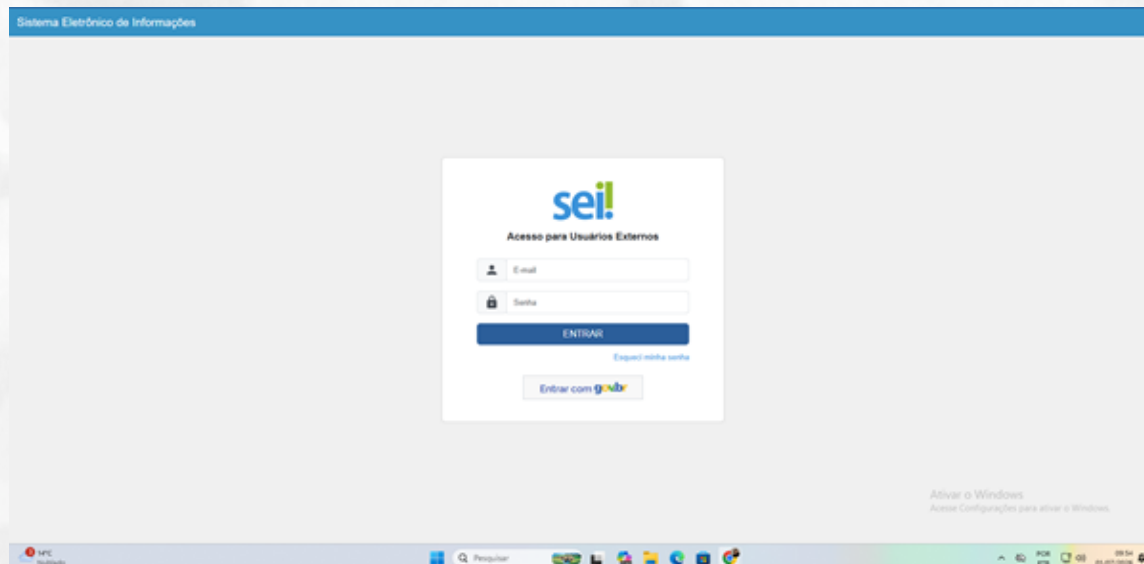
28/08/2026 a 08/09/2026.

ATENÇÃO: Você terá até 15 dias, improrrogáveis, contados da publicação da nomeação no Diário Oficial do Estado, para inserir os documentos no processo.

- Organize os arquivos em **formato PDF e individuais**.
- Comece a inserir, um a um, no seu processo SEI.

Passo-a-Passo de acesso ao SEI

1. Acesse o link enviado para seu e-mail para acesso ao seu processo administrativo e realize o login no SEI.



Você terá acesso a página inicial do seu Processo de Nomeação, e ela possui o número Processo, a data de liberação e de validade, a data final que você terá acesso considerando o prazo de 15 dias, improrrogáveis, previstos na Legislação.

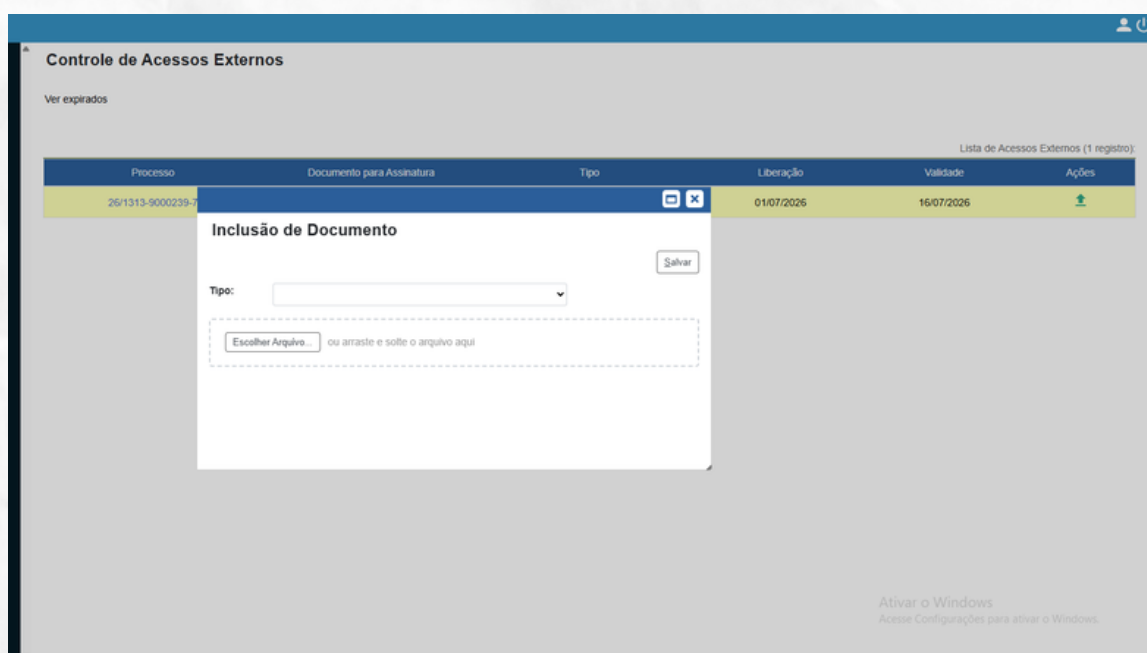
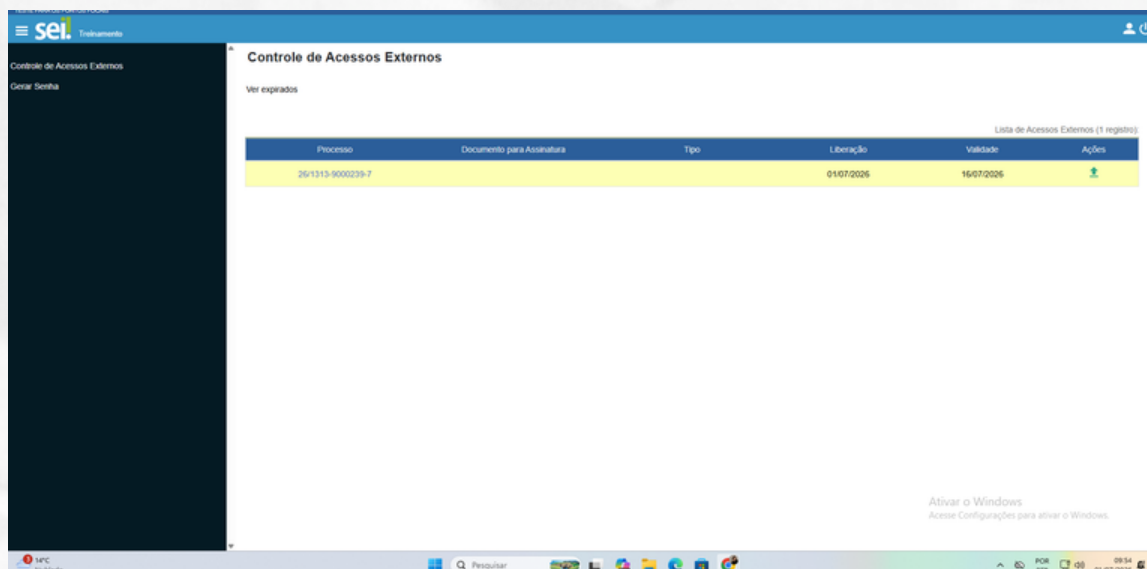
Na Coluna **AÇÕES**, clique na flecha e comece a inserir seus documentos, um por um.

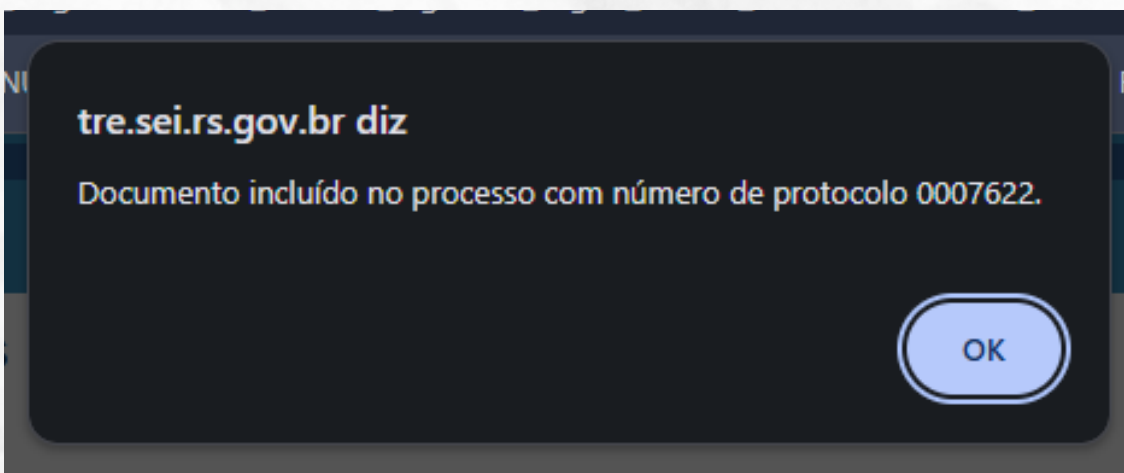
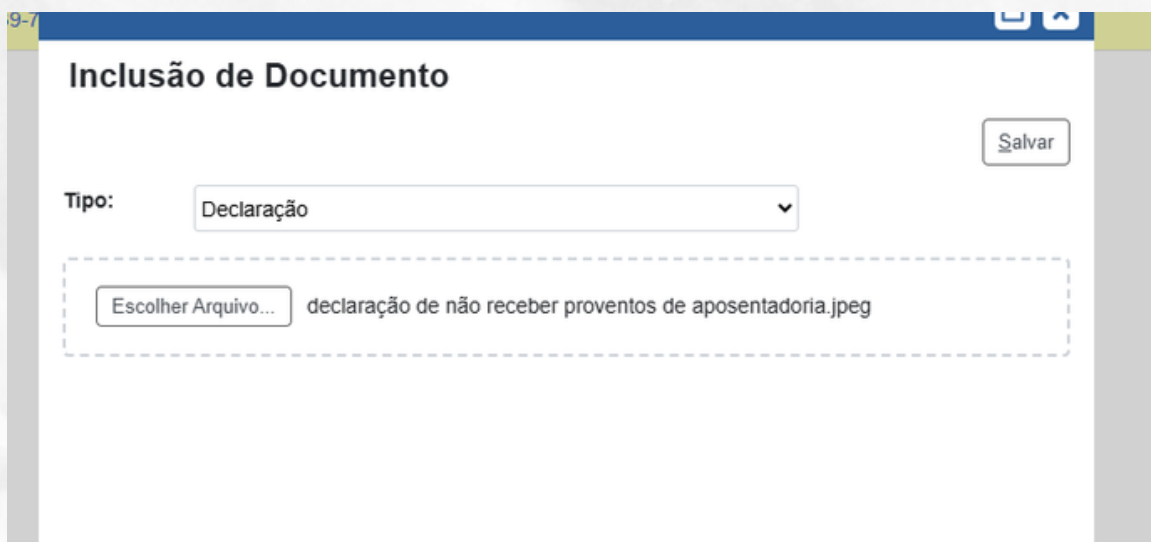
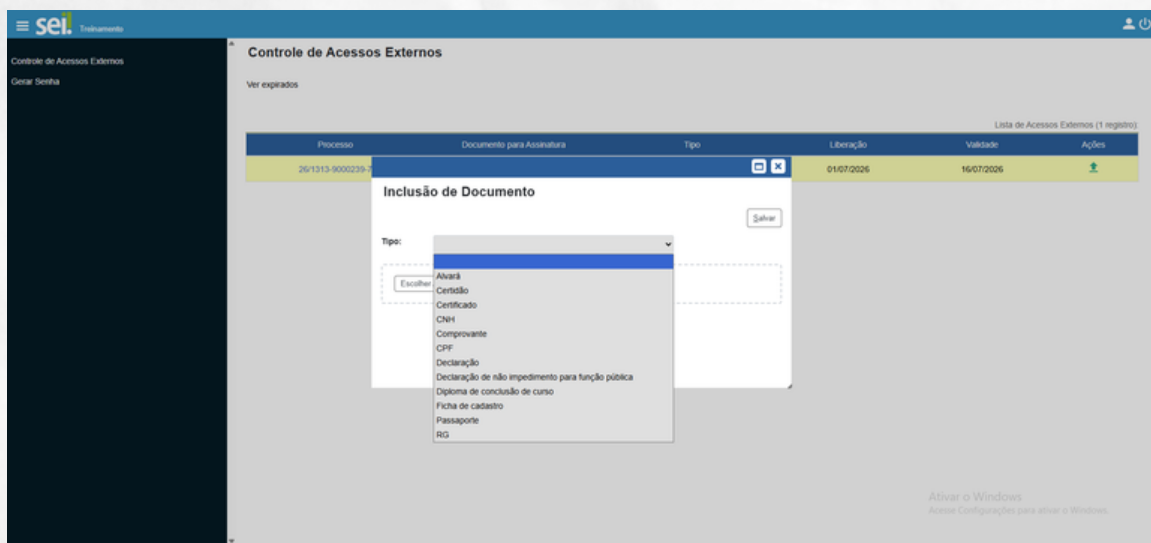
Atenção

Depois de enviado, o documento não pode ser excluído. Se errar, envie novamente anexando o arquivo correto.

Lista de Acessos Externos (1 registro):

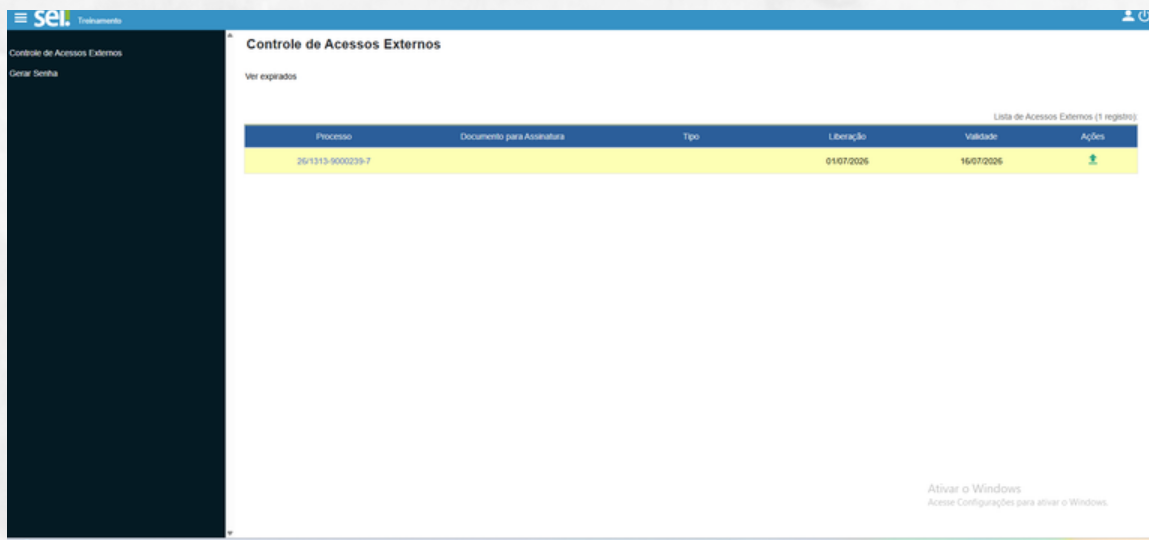
Liberação	Validade	Ações
01/07/2026	16/07/2026	





À medida que os documentos forem sendo anexados, eles passarão a ser exibidos no processo. Ao clicar no número do processo, será apresentada a seguinte página:

Processo	Documento p
26/1313-9000239-7	



Lista de Protocolos (3 registros):	
☒	Processo / Documento
☐	0007622
☐	0007623
☐	0007625


Tratamento

Acesso Externo com Acompanhamento Integral do Processo

Órgão:

Processo:

Tipo:

Data de Geração:

Nível de Acesso:

Interessados:

Teste para os pontos focais

26/1313-9000239-7

CONTRATAÇÃO E PROVIMENTO ORIGINÁRIO. Nomeação

01/07/2026

Público

✉

Processo / Documento

Tipo

Data

☐

0007622

Declaração

01/07/2026

☐

0007623

Certidão

01/07/2026

☐

0007625

Certidão

01/07/2026

📄

Lista de Andamentos (2 registros):

Data/Hora

Unidade

01/07/2026 09:51

TESTE1

Disponibilizado acesso externo para Nome Social (carolina-fleck@seduc.rs.gov.br) até 16/07/2026

01/07/2026 09:25

TESTE1

Inclusão dos documentos necessários para o processo de Posse no Concurso Público do Magistério

Processo público gerado

Ao clicar no número do documento enviado, você consegue visualizar o arquivo que foi enviado.

Para finalizar o envio dos documentos não é necessário clicar em enviar ou algum botão semelhante.

4. Informações complementares sobre posse

A Posse será realizada presencialmente na sede da Coordenadoria Regional de Educação (CRE) de sua nomeação, conforme e-mail enviado pela CRE com o agendamento (data e horário), respeitando a ordem de classificação dos candidatos. **O não comparecimento ao agendamento tornará a nomeação sem efeito.**

O local de exercício será definido pela Secretaria de Estado da Educação, no dia da posse e de acordo com a necessidade do serviço e os critérios administrativos estabelecidos.

Atenção: É necessário levar os documentos originais para comprovação, no dia e horário do agendamento da sua posse.

5. Informações para opção de última chamada (final de fila) ou desistência do cargo

Caso você não tenha interesse em assumir o cargo ou necessite solicitar a inclusão em última chamada, nos termos do Edital n.º 01/2025, você deverá assinalar a respectiva opção no Formulário de Posse, anexo no e-mail que você recebeu com este documento. O respectivo Formulário de Posse e seu documento oficial de identificação deverão ser incluídos no seu processo administrativo no SEI, **dentro do prazo estabelecido para a posse, sob pena de ser tornada sem efeito sua nomeação.**

COORDENADORIAS REGIONAIS DE EDUCAÇÃO

COORDENADORIA REGIONAL DE EDUCAÇÃO (CRE)	MUNICÍPIO-SEDE	ENDEREÇO	NÚMERO DE TELEFONE ATUALIZADO	E-MAIL ATUALIZADO
01ª CRE	Porto Alegre	Rua Cel André Belo, 705, bairro Menino Deus, Porto Alegre	(51) 98198-0637	dgpingresso-01cre@seduc.rs.gov.br
02ª CRE	São Leopoldo	Av. João Corrêa, Centro	(51) 3591-2620 (51) 3591-2610 (51) 98548-1325	nomeacoes-02cre@educar.rs.gov.br
03ª CRE	Estrela	Rua Coronel Müssnich, 773	(51) 3981-2100 (51) 98917-1652 (51) 98198-0597	rhe03cre@seduc.rs.gov.br
04ª CRE	Caxias do Sul	Av. Júlio de Castilhos, 4020	(54) 3220-6700 (Direto da CRE) (54) 3220-6702 (Direto do RH) (51) 98599-7483 (Whatsapp)	rh04cre@seduc.rs.gov.br
05ª CRE	Pelotas	Rua Barão de Butuí, 396, Centro	(53) 99124-7771	nomeacao05cre@seduc.rs.gov.br
06ª CRE	Santa Cruz do Sul	Rua Ernesto Alves, 887	(51) 98198-0527 (51) 3713-9481	rh06cre@seduc.rs.gov.br
07ª CRE	Passo Fundo	Rua Saldanha Marinho, 478	(54) 3316-2690 (54) 99266-0262	rh07cre@seduc.rs.gov.br
08ª CRE	Santa Maria	Av. Presidente Vargas, 1052	(55) 3220-1069 (55) 3220-1057 (51) 98198-0423 (Chamada e Watts APP)	nomeacoes08cre@seduc.rs.gov.br
09ª CRE	Cruz Alta	Rua Pinheiro Machado, 701	(55) 3324-7304	rh-09cre@seduc.rs.gov.br
10ª CRE	Uruguaiana	Avenida Duque de Caxias, 2827	(55) 3412-7460 (51) 98198-0435	pgrh10cre@seduc.rs.gov.br
11ª CRE	Osório	Rua Barão do Rio Branco, 381	(51) 98616-5740	posses-11cre@seduc.rs.gov.br
12ª CRE	Guaíba	Rua Dr. Joaquim Ribeiro, 231	(51) 3288-7635 (51) 99130-8267	rede12cre@seduc.rs.gov.br
13ª CRE	Bagé	Av. Sete de Setembro, 1264	(53) 3240-5559	rh13cre@seduc.rs.gov.br
14ª CRE	Santo Ângelo	Rua Barão de Santo Ângelo, 832	(55) 3313-0250 (51) 98198-0425 (Whatsapp)	rh14cre@seduc.rs.gov.br
15ª CRE	Erechim	Praça da Bandeira, 190	(51) 98198-0452	posses-rhel5cre@seduc.rs.gov.br
16ª CRE	Bento Gonçalves	Av. Presidente Costa e Silva, 115	(54) 98422-0207 (51) 98198-0429	rh16cre@sedu.rs.gov.br e posses-rh16cre@seduc.rs.gov.br
17ª CRE	Santa Rosa	Rua Borges de Medeiros, 806	(51) 98198-0534 (51) 98198-0550	rh17cre@seduc.rs.gov.br
18ª CRE	Rio Grande	Rua Fernando Duprat da Silva, 94	(53) 3233-7685 (53) 3233-7686	nomeacoes18cre@seduc.rs.gov.br
19ª CRE	Santana do Livramento	Rua Duque de Caxias, 1490	(55) 3241-8370 (55) 3241-8372	rh19cre@seduc.rs.gov.br e efetividade19cre@seduc.rs.gov.br
20ª CRE	Palmeira das Missões	Av. Independência, 836	(55) 3742-9083	rh20cre@seduc.rs.gov.br
21ª CRE	Três Passos	Rua Borges de Medeiros, 207	(55) 3522 9779 (55) 3522-9759	rede-21cre@seduc.rs.gov.br
23ª CRE	Vacaria	Av. Júlio de Castilhos, 653	(54) 3231-7250	rh23cre@seduc.rs.gov.br
24ª CRE	Cachoeira do Sul	Rua Ramiro Barcelos, 2762	(51) 3722 9294 (51) 98682-5400 (51) 3722-9250	rh24cre@seduc.rs.gov.br
25ª CRE	Soledade	Rua Dr. Flores, 152	(54) 33819758 - Ramal: 1308	rh25cre@seduc.rs.gov.br
27ª CRE	Canoas	Av. Inconfidência, 420, Bairro Marechal Rondon	(51) 3415-5553	rede27cre@seduc.rs.gov.br
28ª CRE	Gravataí	Rua Madre Marta Maria, 14 - Bairro Salgado Filho	(51) 98469-0429	nomeados28cre@seduc.rs.gov.br
32ª CRE	São Luiz Gonzaga	Rua Venâncio Aires, 2418	RH (55) 3352-8603	rh32cre@seduc.rs.gov.br
35ª CRE	São Borja	Av. Presidente Vargas, 2637	(55) 8442-2885 (55) 3431-0111	gerenciamento35cre@seduc.rs.gov.br
36ª CRE	Ijuí	Rua XV de Novembro, 498, Centro	(55) 98422-7915 (55) 3331-0356	nomeacoes36cre@seduc.rs.gov.br
39ª CRE	Carazinho	Rua Eptácio Pessoa, 380, Bairro Broecker	(54) 33299611 (54) 98405-3253	recursoshumanos-39cre@educar.rs.gov.br



ANEXOS



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
Cadastramento de Pessoa Física

IDENTIF FUNCIONAL - RHE		CPF	
NOME			
SEXO ☐ MASCULINO ☐ FEMININO		GRUPO SANGÜÍNEO ☐ A+ ☐ A- ☐ AB+ ☐ AB- ☐ B+ ☐ B- ☐ O+ ☐ O-	
RAÇA OU COR (conforme registro de nascimento) 1 ☐ INDÍGENA 2 ☐ BRANCA 3 ☐ PRETA 4 ☐ AMARELA 5 ☐ PARDA			DATA DE NASCIMENTO
DEFICIENTE ☐ SIM ☐ NÃO	TIPO DE DEFICIÊNCIA (preencher somente no caso de ingresso pela cota de deficientes, conforme Dec. 94.300/06) ☐ FÍSICA ☐ AUDITIVA ☐ VISUAL ☐ MENTAL ☐ MÚLTIPLA		
CIDADE DE NASCIMENTO			UF
NOME DO PAI			
NOME DA MÃE			
ESTADO CIVIL ☐ CASADO ☐ DESQUITADO ☐ DIVORCIADO ☐ SEPARADO JUDICIALMENTE ☐ SOLTEIRO ☐ VIÚVO ☐ UNIÃO ESTÁVEL			
ESCOLARIDADE ☐ ENSINO FUNDAMENTAL ☐ ENSINO MÉDIO ☐ EDUCAÇÃO SUPERIOR INCOMPLETA ☐ MESTRADO ☐ ENSINO MÉDIO INCOMPLETO ☐ EDUCAÇÃO SUPERIOR ☐ PÓS-GRADUAÇÃO ☐ DOUTORADO			
CURSO SUPERIOR			
NACIONALIDADE		ANO DE CHEGADA AO BRASIL (somente estrangeiro)	ANO 1º EMPREGO

DOCUMENTOS	REGISTRO GERAL Nº		TIPO	ÓRGÃO EXPEDIDOR	DATA DE EXPEDIÇÃO		UF
	TÍTULO ELEITORAL Nº		ZONA	SEÇÃO	UF		
	CARTEIRA DE HABILITAÇÃO Nº	CATEGORIA	ÓRGÃO EXPEDIDOR	DATA EXPEDIÇÃO	UF	VALIDADE	
	CARTEIRA DE TRABALHO Nº	SÉRIE	UF				
	DOCUMENTO MILITAR Nº	DOC	SÉRIE	CAT	UF	FORÇA	
	IDENTIDADE PROFISSIONAL Nº	TIPO (CONSELHO)		UF	DATA EXPEDIÇÃO		
	PASEP						

ENDEREÇO	TIPO (rua, avenida...)	NOME DO LOGRADOURO		Nº	
	COMPLEMENTO (ap, bl)	BAIRRO	CIDADE		UF
	CEP	CELULAR (1ª opção) DDD Nº		CELULAR (2ª opção) DDD Nº	
	E-MAIL				

DECLARAÇÃO

NÃO INCURSÃO EM CRIME

DECLARO QUE NÃO ESTOU INCURSO EM CRIME ALGUM PREVISTO EM LEI que me impeça de exercer função ou cargo público. Firmo a presente declaração para que PRODUZA OS EFEITOS LEGAIS, ciente de que no caso de comprovação de sua falsidade ser nulo de pleno direito perante o Governo do Estado do Rio Grande do Sul o ato a que se integra esta declaração, sem prejuízo das sanções penais a que estiver sujeito.

Em: ____/____/____ Ass.: _____

NÃO EXERCÍCIO DE CARGO/FUNÇÃO PÚBLICA FEDERAL, ESTADUAL OU MUNICIPAL

DECLARO, para os fins que se fizerem necessários, que NÃO exerço cargo ou função pública federal, estadual ou municipal, nem função autárquica ou de economia mista, inclusive sob a forma de contrato temporário e nem percebo proventos pelos cofres públicos.

Em: ____/____/____ Ass.: _____

EXERCÍCIO DE CARGO(S)/FUNÇÃO(ÕES) PÚBLICAS

DECLARO, para os fins que se fizerem necessários, que exerço o(s) / a(s) seguinte(s) cargo(s) / função(ões):

1. _____, identificação funcional RHE nº _____,
(nome do cargo/função)
lotado(a) no(a) _____,
(nome do Órgão de lotação do servidor)
com carga horária semanal de _____, nomeação registrada no Ato Oficial, nº _____,
(nº de horas) (nome do Ato Oficial)
_____, nº _____, publicada em _____.
(nº do Ato Oficial) (data da publicação do Ato Oficial)

2. _____, identificação funcional RHE nº _____,
(nome do cargo/função)
lotado(a) no(a) _____,
(nome do Órgão de lotação do servidor)
com carga horária semanal de _____, nomeação registrada no Ato Oficial _____,
(nº de horas) (nome do Ato Oficial)
_____, nº _____, publicada em _____.
(nº do Ato Oficial) (data da publicação do Ato Oficial)

Em: ____/____/____ Ass.: _____

PERCEPÇÃO DE PROVENTOS PELOS COFRES PÚBLICOS

DECLARO, para os fins que se fizerem necessários que sou servidor inativo do(a) _____
_____, desde _____,
onde exerci o cargo de _____, identificação funcional RHE nº _____.

Em: ____/____/____ Ass.: _____

EXONERAÇÃO/DISPENSA DE CARGO/FUNÇÃO PÚBLICA

DECLARO ter efetuado solicitação de Exoneração/ Dispensa do cargo/função _____
_____, identificação funcional nº _____.

Nº do Processo _____ ou anexar outro comprovante de pedido de exoneração/dispensa

Em: ____/____/____ Ass.: _____



DECLARAÇÃO DE INEXISTÊNCIA DE PENALIDADES EM PROCESSOS ADMINISTRATIVOS

Eu, _____, portador(a)
do CPF nº _____, residente e domiciliado(a) à
_____, venho, por meio desta, em atenção ao
disposto no Lei nº 15.991/23, art. 2º, parágrafo único¹, declarar para os devidos fins que:

() **Nunca ocupei cargo, função ou emprego público** na Administração Pública (federal, estadual ou municipal). Desta forma, nunca fui punido(a) nem exonerado(a) em decorrência de processo administrativo por falta funcional.

() **Já ocupei ou ocupo cargo público**, mas **não fui punido(a) nem exonerado(a)** por processo administrativo disciplinar nos últimos 5 anos, contados a partir da data deste chamamento/convocação/admissão. Essa informação está comprovada por meio de certidão ou declaração emitida pelo órgão público onde exerci/exerço minhas funções, anexa a esta declaração.

Estou ciente que deverei comunicar à Administração, imediatamente, qualquer fato ou evento superveniente a esta Declaração, que venha alterar a atual situação quanto à minha reputação ilibada e idoneidade moral, que conflite com os termos declarados neste presente instrumento.

DECLARO, ainda, sob as penas da Lei, em especial aquelas previstas na Lei Federal nº 7.115, de 29 de agosto de 1983, e na art. 299 do Código Penal (Falsidade Ideológica), que as informações aqui prestadas são verdadeiras, e estou ciente das demais responsabilidades administrativas e da dispensa contratual no caso de confirmada a falsidade da presente declaração.

Por ser a expressão da verdade, firmo a presente declaração e autorizo sua utilização para os fins necessários.

Datado em, _____

Assinatura Declarante



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DE PLANEJAMENTO, GOVERNANÇA E GESTÃO
DEPARTAMENTO DE PERÍCIA MÉDICA E SAÚDE DO TRABALHADOR

Preencher o questionário abaixo sem deixar nenhuma pergunta em branco.

DADOS PESSOAIS:

Nome completo: _____ Idade: _____
Escolaridade: _____ Curso: _____
Cidade na qual reside: _____ Estado: _____
Com quem reside: _____
Profissão do Pai: _____ Profissão da mãe: _____
Relacionamento: ☐ Solteiro(a) ☐ União Estável ☐ Casado(a) ☐ Outros: _____
Profissão do(a) cônjuge/companheiro/namorado(a): _____
Tens filhos? ☐ Não ☐ Sim – Quantos? _____ Idades: _____
Você está em boas condições de realizar este exame? ☐ Sim ☐ Não - Indique o motivo: _____

INFORMAÇÕES CARGO/NOMEAÇÃO:

Ingresso via: ☐ nomeação em concurso público ☐ nomeação cargo comissionado (CC)
Cargo: _____ Secretaria/Lotação: _____

Nas linhas abaixo, responder conforme o caso:

- Se cargo comissionado (CC): como ocorreu a seleção/indicação para este cargo?
- Se nomeado(a) via concurso público: que razões levaram você a realizar este concurso?

ATIVIDADES PROFISSIONAIS ANTERIORES:

Descreva as três últimas atividades realizadas (inclusive experiência de estágio):

1. Empresa: _____
Cargo: _____
Período de atuação: _____
2. Empresa: _____
Cargo: _____
Período de atuação: _____
3. Empresa: _____
Cargo: _____
Período de atuação: _____

AVALIANDO-SE PROFISSIONALMENTE, VOCÊ DIRIA QUE É UMA PESSOA MAIS INDICADA PARA (marcar mais de uma opção, se necessário):

- | | |
|---|---|
| ☐ Trabalhar individualmente | ☐ Trabalhar em equipe |
| ☐ Trabalhar em ambiente fechado | ☐ Trabalhar em ambiente externo |
| ☐ Trabalhar sem atendimento ao público | ☐ Trabalhar com atendimento ao público |

Enumere no mínimo 03 características pessoais que você se orgulha em possuir e **não deseja** mudar:

Enumere no mínimo 03 características pessoais que você possui e **deseja** mudar:

Nas experiências profissionais anteriores, quais fatores mais estimularam você?

O que você considera essencial para sentir-se bem na sua prática profissional?

Descreva uma situação difícil em que você trabalhou em equipe/grupo/em conjunto:

Descreva uma situação na qual você teve que assumir grandes responsabilidades e como foi:

Que outra profissão desperta interesse em você?

Por quê? _____

SOBRE SUA VIDA:

Descreva uma situação que desperta medo em você:

Descreva uma situação na qual você ficou tenso e como lidou:

Descreva uma situação em que foi criticado e como lidou:

Relate brevemente a maior dificuldade que já passou:

Há quanto tempo isso aconteceu? _____

A experiência mais gratificante que já teve:

Há quanto tempo isso aconteceu? _____

Você prefere estar (marque apenas uma): ☐ sozinho ☐ com família ☐ com amigos

☐ com família e amigos ☐ outros: _____

Por quê? _____

O que gosta de fazer nas suas horas de lazer?

EM RELAÇÃO A SUA SAÚDE

Você já fez algum tratamento na área de Saúde Mental?

☐ Não ☐ Sim - Qual(is): ☐ Psiquiátrico ☐ Psicológico

Informe o motivo e período de realização: _____

Atualmente, você está fazendo algum acompanhamento de Saúde Mental?

☐ Não ☐ Sim - Qual(is): ☐ Psiquiátrico ☐ Psicológico

Comente os motivos que fizeram você buscar o acompanhamento, especifique o tratamento realizado (frequência, duração) e por quais profissionais:

Já fez uso de medicação psiquiátrica?

☐ Não ☐ Sim – Qual(is): _____

Atualmente, você faz uso de medicação psiquiátrica?

☐ Não ☐ Sim – Qual(is): _____

Já teve internação na área da Saúde Mental?

☐ Não ☐ Sim – Motivo e período: _____

Algum membro da sua família (pais, filhos, cônjuges, tios , avós, primos...) faz ou já fez tratamento na área da Saúde Mental?

() Não () Sim - Quem?_____ Quando?_____

Você já se envolveu em acidente de trabalho?

() Não () Sim – Qual: _____

Você já teve algum afastamento de trabalho por doença?

() Não () Sim – Qual: _____

Faz uso de bebidas alcoólicas? () Diariamente () Nos finais de semana () Em ocasiões especiais

() Nunca ingeri álcool () Já ingeri álcool, mas não faço mais uso

Já fez uso de algum outro tipo de substância psicoativa?

() Não () Sim - Quando?_____ Qual(is)?_____

Se sim, já fez algum tratamento para isso?

() Não () Sim - Quando?_____

Atualmente, você faz uso de algum outro tipo de substância psicoativa?

() Não () Sim - Qual(is)?_____

Já se envolveu em alguma situação de agressão física ou verbal? () Não () Sim

Se sim, indique o tipo de agressão:

() Agressão verbal () Agressão física () Destruição de algum objeto.

Escreva o motivo: _____

Escreva suas expectativas em relação ao cargo/função que exercerá:

Data: ____/____/____

Assinatura:_____



DEPARTAMENTO DE PERÍCIA MÉDICA E SAÚDE DO TRABALHADOR - DMEST

NOME			
ENDEREÇO			
CIDADE			ESTADO
FONE	CPF		IDENTIDADE
ESTADO CIVIL		SEXO	
DATA DE NASCIMENTO	LOCAL		ESTADO
ATIVIDADE ATUAL (TRABALHO)			
ATIVIDADE ANTERIOR			

Instruções

- Esta “Declaração de Saúde” deverá ser preenchida, datada e assinada pelo próprio candidato.

Aspectos Gerais

Possui alguma doença?	☐ Não ☐ Sim
Está fazendo algum tratamento médico?	☐ Não ☐ Sim
Qual doença?	
Qual tratamento? (Especificar medicamentos)	
Já trabalhou em lugares de muito pó, gases, tintas, produtos químicos, ruídos excessivos ?	☐ Não ☐ Sim
Em caso afirmativo, especifique:	
Pratica esporte ou faz atividade física ?	☐ Sim ☐ Não
Qual(is)?	
Está recebendo algum pecúlio (proventos) previdenciário por lesão acidentária do trabalho?	☐ Não ☐ Sim
Está aposentado(a) por Órgão (Federal, Estadual, Municipal, Previdencial) por invalidez?	☐ Não ☐ Sim

Possui doença de pele ou alérgicas ? ☐ Não ☐ Sim	
Se afirmativo, cite-as:	
Faz tratamento?	
Há quanto tempo:	Qual tratamento?
Possui alguma deficiência dos ossos, membros ou coluna ? (pernas, braços, problemas de circulação, varizes, reumatismo, dor na coluna, hérnia de disco) ☐ Não ☐ Sim	
Cite:	
Possui alguma doença do aparelho digestivo (como úlcera, cirrose, hepatite icterícia, problema) de vesícula biliar, algum tumor, hérnia, hemorroidas, gastrite, refluxo gastroesofágico, hérnia hiatal? ☐ Não ☐ Sim	
Cite:	
Possui alguma doença do aparelho genital ou urinário ? (tumores, cólicas renais, pedra nos rins, mau funcionamento dos rins ou próstata, corrimento, doença nas mamas – dor ou caroço) ☐ Não ☐ Sim	
Cite:	
Possui alguma doença do sistema nervoso ou muscular ? (ataques, convulsões, desmaios, tumores, isquemia, AVC – derrame) ☐ Não ☐ Sim	
Cite:	
Você já fez algum tratamento na área de Saúde Mental ? ☐ Não ☐ Sim	
Qual(is): ☐ Psiquiátrico ☐ Psicológico	
Informe o motivo e período de realização:	
Atualmente, você está fazendo algum acompanhamento de Saúde Mental? ☐ Não ☐ Sim	
Qual(is): ☐ Psiquiátrico ☐ Psicológico	
Comente os motivos que fizeram você buscar o acompanhamento, especifique o tratamento realizado (frequência, duração) e por quais profissionais:	
Já fez uso de medicação psiquiátrica? ☐ Não ☐ Sim	
Qual(is)?	
Atualmente, você faz uso de medicação psiquiátrica? ☐ Não ☐ Sim	
Qual(is)?	

Já teve internação na área da Saúde Mental?

☐ Não ☐ Sim

Motivo:

Período:

Algum membro da sua família (pais, filhos, cônjuges, tios , avós, primos...) faz ou já fez tratamento na área da Saúde Mental?

☐ Não ☐ Sim

Quem?

Quando?

Você já teve algum afastamento de trabalho por doença?

☐ Não ☐ Sim

Qual(is)?

Já fez uso de algum outro tipo de substância psicoativa? ?

☐ Não ☐ Sim

Qual(is)?

Se sim, já fez algum tratamento para isso?

☐ Não ☐ Sim

Quando?

Atualmente, você faz uso de algum outro tipo de substância psicoativa?

☐ Não ☐ Sim

Qual(is)?

Já se envolveu em alguma situação de agressão física ou verbal?

☐ Não ☐ Sim

Se sim, indique o tipo de agressão:

☐ Agressão verbal ☐ Agressão física ☐ Destruição de algum objeto

Escreva os motivos:

Já sofreu acidente do trabalho ?	☐ Não ☐ Sim
Qual?	
Possui doenças ocupacionais ou de trabalho ?	☐ Não ☐ Sim
Há quanto tempo? Especificar:	
Possui alguma doença ou sintoma otorrinolaringológico ? (perda de audição, labirintite, sinusite, laringite, rinite)	☐ Não ☐ Sim
Especifique:	
Com relação à voz , apresenta rouquidão, cansaço ao falar, pigarro?	☐ Não ☐ Sim
Especifique:	
Com que frequência? Há quanto tempo?	
Já fez cirurgia nas cordas vocais ?	☐ Não ☐ Sim
Há quanto tempo? Especifique:	
Já fez tratamento para voz ? (fonoterapia)	☐ Não ☐ Sim
Especifique:	
Você apresenta baixa visão para perto ou longe?	☐ Não ☐ Sim
Caso afirmativo, especifique:	
Usa óculos ou lentes ?	☐ Não ☐ Sim
Caso afirmativo, qual o grau?	
Já realizou tratamento (laser ou outros) ou cirurgia oftalmológica ?	☐ Não ☐ Sim
Especifique:	
Outras observações que julga importante:	

LOCAL E DATA	ASSINATURA



Habilitação de Posse para Ingresso no Serviço Público Estadual			
SITUAÇÃO DE INGRESSO ☐ Nomeação		PUBLICAÇÃO DA NOMEAÇÃO	
ÓRGÃO E CRE			
NOME		IDENTIFICAÇÃO FUNCIONAL	
DENOMINAÇÃO DO CARGO			
☐ CARGO	Classe: _____	Nível: _____	REGIME PREVIDENCIÁRIO
USO EXCLUSIVO MAGISTÉRIO	NÍVEL DE ENSINO		
	☐ Ensino Fundamental ☐ Ensino Médio ☐ Superior Completo ☐ Superior Incompleto		
	☐ MBA/Especialização ☐ Pós - Graduação ☐ Doutorado		
	CURSO		CARGA HORÁRIA
Última Chamada		Eu, acima nominado, opto pela nomeação em última chamada. _____/_____/_____	
Desistência		Eu, acima nominado, declaro, em caráter irrevogável, a desistência desta nomeação. _____/_____/_____	
Posse			DATA DA POSSE
Termo de Posse Eu, acima nominado, aceito e me comprometo a bem e fielmente desempenhar as atribuições do cargo/função, assim como promover e zelar pela preservação dos interesses públicos, estando ciente que deverei entrar em exercício no prazo máximo de _____ dias. Declaro não ser servidor público ocupante de cargo efetivo não alcançado pela vigência de outro regime próprio de previdência a que se referem os parágrafos 14 e 15 do art.40 da Constituição Federal. _____ ASSINATURA DO EMPOSSADO _____ SECRETÁRIO DE ESTADO			
SETOR DE LOTAÇÃO (CÓDIGO)			DATA DE EXERCÍCIO
Auxílio transporte ☐ SIM ☐ NÃO		BANCO	AGÊNCIA
Data	Responsável pela emissão		IDENTIFICAÇÃO FUNCIONAL:

