

ATESTADO DE SAÚDE OCUPACIONAL (ASO)

Identificação

Nome

Matrícula

Cargo/Especialidade

Lotação (Ex.: SGP/Cdesc/Seates)

Função exercida pelo (a) servidor (a) (resumo):

Tipo de Exame

☐ Admissional☐ Mudança de Função☐ Demissional

☐ Admissional de PPD☐ Retorno ao Trabalho☐ Periódico

Procedimentos Médicos Realizados

1. Avaliação Clínica (anamnese e exame físico geral)

2. Avaliação Médica Psiquiátrica

3. Exames Complementares Específicos:

a. Hemograma Completo

b. Grupo sanguíneo/Fator RH

c. Colesterol Total

d. EAS

e. Glicose

f. Creatinina

g. VHS

h. ECG

i. Outros

Riscos Ocupacionais

Comentários

Conclusão

Após avaliação médica, conclui-se que o candidato (a) /servidor (a) está:

☐ Apto (a) para as funções do cargo sem restrições

☐ Apto (a) para as funções do cargo com restrições:

☐ Inapto (a) para as funções do cargo

☐ Apto (a) para as funções do cargo (em vaga reservada segundo o Art. 4º do Decreto Federal nº 3.298, de 20/12/1999 e suas alterações e Decreto 9.508/2018, de 24/09/2018).

Médico ExaminadorMédico CoordenadorLocalData

Declaro que, após ser examinado (a), recebi a 2ª via do ASO.

LAUDO DE INSPEÇÃO DE SAÚDE PARA ADMISSÃO COMO SERVIDOR (A)

1. Identificação:

Nome		Matrícula
Nome social		Sexo
Idade	Estado Civil	Naturalidade
Residência		
Telefone	Cargo para o qual foi concursado (a)	

2. Antecedentes Pessoais e Familiares:

3. Exame Clínico Geral:

Freq Resp	Pulso	Pressão arterial	Peso	Altura
	bpm	x mmHG	kg	m

Ectoscopia:

Aparelho Respiratório:

Aparelho Cardiovascular:

Abdômen:

Ortopédico:

Sistema Nervoso:

4. Exames Complementares:

Hemograma completo: Hm _____ / Htc _____ / Hb _____ / VCM _____

(____/____/____) Leuc _____ / Bast _____ / Seg _____

Grupo Sanguíneo e Fator RH: _____ (/ /)

VHS: _____ (/ /)

Glicose-Creatina: (/ /) _____

Cholesterol total: (/ /) _____

EAS: (/ /) _____

ECG: (/ /) _____

Exigência: ☐ Sim ☐ Não

Conclusão: _____

Em ____/____/____

Assinatura e Carimbo

5. Parecer Médico da Inspeção de Saúde:

Clínica _____ / _____ / _____

Exigência: ☐ Sim ☐ Não

Conclusão: _____

Em ____/____/____

Assinatura e Carimbo

Conclusão Final

a) Diante dos exames procedidos está o (a) candidato (a) em condições físicas e mentais de ingressar no Serviço Público Federal?

☐ Sim ☐ Não

b) Em caso negativo (esclarecer quais as razões): _____

Local

Data

Médico Examinador
Assinatura e Carimbo

Médico Coordenador
Assinatura e Carimbo

QUESTIONÁRIO ADMISSIONAL – HISTÓRICO E ESTADO DE SAÚDE

Eu, _____, identidade _____, declaro para fins de Exame Médico-Admissional no TRE-RJ que, com referência às questões a seguir (comente as respostas afirmativas ao final do questionário):

SIM NÃO

- 01. Você foi aprovado (a) para ocupar vaga reservada para pessoa com deficiência?
- 02. Você já foi acometido (a) por alguma doença considerada grave?
- 03. Você possui alguma doença?
- 04. Você tem algum problema de visão?
- 05. Você tem algum problema de audição?
- 06. Você já teve ou tem algum problema de pele?
- 07. Você sente dor, "formigamento", "queimação" em algumas partes do corpo quando faz movimentos?
- 08. Você tem alguma restrição de movimentos?
- 09. Você já teve ou tem algum problema em qualquer articulação?
- 10. Você já teve ou tem problema na coluna vertebral?
- 11. Você já sofreu alguma fratura?
- 12. Você já fez ou faz tratamentos fisioterápicos?
- 13. Você sente cansaço fácil, tontura, mal estar durante as atividades de vida diária ou no trabalho?
- 14. Você já teve ou tem algum problema cardíaco?
- 15. Você já teve ou tem pressão alta?
- 16. Você já teve ou tem níveis elevados de colesterol?
- 17. Você é diabético?
- 18. Você já teve ou tem asma?
- 19. Você já teve ou tem gastrite?
- 20. Você já teve algum episódio de desmaio ou convulsão?
- 21. Você tem dificuldade para dormir, acorda mais de uma vez ou dorme menos de 6 horas por noite?
- 22. Você tem histórico de cirurgias, internações por doenças / acidentes?
- 23. Você tem histórico de doenças com repouso além de 7 dias?
- 24. Você tem histórico de afastamentos do trabalho nos últimos 12 meses?
- 25. Você já foi afastado (a) pelo INSS?
- 26. Você já foi orientado (a) por médico a não exercer algum tipo de trabalho ou exercício físico?
- 27. Você já usou ou faz uso de algum tipo de medicamento por um período além de 3 semanas?
- 28. Você tem algum tipo de alergia (remédios, alimentos, insetos, etc)?
- 29. Você já fez ou faz uso de fumo / drogas?
- 30. Você ingere bebidas alcoólicas 3 ou mais vezes na semana?
- 31. Você já fez ou faz tratamento neurológico ou psiquiátrico?
- 32. Você já exerceu função em que esteve exposto a gases / altas temperaturas?
- 33. Você já exerceu função em que esteve exposto a radiação / agentes biológicos?
- 34. Você já exerceu função em que esteve exposto a altos níveis de ruído?
- 35. Você já trabalhou em alguma função em que realizasse movimentos repetitivos (digitação)?
- 36. Você já teve ou tem algum familiar com alguma doença grave?
- 37. Você pratica regularmente algum tipo de atividade física?
- 38. Você já teve necessidade no trabalho do uso de equipamento de proteção individual?
- 39. Você tem algum comentário sobre sua saúde que ache importante?

Comente abaixo as respostas afirmativas (utilize o verso, caso necessário, com especificação do item e assinatura).

Liste em ordem cronológica os empregos, a função exercida em cada um e o período em que você neles trabalhou até a presente data (utilize o verso, caso necessário, com assinatura).

Declaro que as respostas acima, por mim dadas, são verdadeiras e que não sou portador (a) de qualquer enfermidade incapacitante, estando ciente de que ao TRE-RJ será reservado o direito do cancelamento de qualquer contrato de trabalho, desde que verificada a hipótese de que tenha havido má-fé ou inverdade nos seus conteúdos. Assumo inteira responsabilidade pelo que afirmo neste questionário.

_____ / _____ / _____

candidato (a) / servidor (a) Local Data

1. Identificação:

--

--

--

--

--

--

--

This image shows a single sheet of white paper with horizontal blue or grey ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

☐ APTO (A) ☐ INAPTO (A)

Assinatura do Médico Psiquiatra

Assinatura do(a) Candidato (a)

DECLARAÇÃO DE FILIAÇÃO PARTIDÁRIA

Eu, _____ **DECLARO, sob as penas da lei,**
para fins de posse no cargo de _____ no Tribunal Regional Eleitoral do Rio de Janeiro, que:

- () Não sou filiado (a) a partido político nem exerço qualquer atividade partidária.
- () Sou filiado (a) ao partido _____. Comprometo-me a apresentar, até a data da posse neste Tribunal, comunicação de desligamento, devidamente protocolada, dirigida ao órgão de direção municipal e ao juiz eleitoral da zona em que sou inscrito, ou ainda, certidão emitida pelo respectivo cartório eleitoral informando a desfiliação partidária.

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.

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

_____, _____ de _____ de 20____.
Local Data

Assinatura do(a) candidato(a)

DECLARAÇÃO DE ACUMULAÇÃO DE CARGOS

Eu, _____, DECLARO, sob as penas da lei,
para fins de posse no cargo de _____ no Tribunal Regional Eleitoral do Rio de Janeiro, **que:**

() **EXERÇO** o(s) seguinte(s) cargo/emprego/função pública no(s) órgão(s) público(s):

Órgão: _____

Cargo: _____

Regime Jurídico: _____

Data(s) de ingresso e desligamento no serviço público (esclarecer se houve interrupção no exercício):

comprometendo-me a:

() **apresentar, em até 10 (dez) dias úteis após a data de efetivo exercício neste Tribunal, documento hábil a comprovar o desligamento, ou pelo menos requerimento protocolado dirigido à autoridade competente, ciente da necessidade de apresentar o extrato da publicação no órgão de imprensa oficial do referido desligamento.**

() **protocolar pedido de análise de acumulação legal e compatibilidade de horários antes da data da posse.**

() **NÃO EXERÇO** qualquer cargo, emprego, ou função pública junto à administração pública direta, autarquias, fundações, empresas públicas, sociedade de economia mista, suas subsidiárias e sociedades controladas direta ou indiretamente pelo poder público, que seja **inacumulável com o cargo em que tomarei posse, em consonância com os incisos XVI e XVII do art. 37, da Constituição Federal, c/c o art. 118 da Lei nº 8.112/90;**

() **NÃO PERCEBO** proventos de aposentadoria decorrente do art. 40 ou dos arts. 42 e 142 da Constituição Federal, c/c o § 3º do art. 118 da Lei nº 8.112/90, que seja **inacumulável com o cargo em que tomarei posse;**

DECLARO estar ciente de que devo comunicar ao TRE/RJ qualquer alteração que venha a ocorrer em minha vida funcional relativamente à acumulação de cargos, sob pena de instaurar-se processo administrativo disciplinar na forma da legislação vigente;

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.

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

_____, _____ de _____ de 20____.

Local

Data

Assinatura do(a) candidato(a)

DECLARAÇÃO DE PERCEPÇÃO DE PROVENTOS DE INATIVIDADE

Eu, _____ DECLARO, sob as penas da lei,
para fins de posse no cargo de _____ no Tribunal Regional Eleitoral do Rio de Janeiro, **que:**

() **PERCEBO** proventos de inatividade do(s) seguinte(s) órgão(s) público(s):

_____ comprometendo-me a:

() apresentar, em até 10 (dez) dias úteis após a data de efetivo exercício neste Tribunal, comprovante de renúncia do direito à percepção dos proventos inacumuláveis.

() protocolar pedido de análise de acumulação legal antes da data da posse.

() **NÃO PERCEBO** proventos de inatividade de nenhum órgão público.

DECLARO estar ciente de que devo comunicar ao TRE/RJ qualquer alteração que venha a ocorrer em minha vida funcional relativamente à acumulação de cargos, sob pena de instaurar-se processo administrativo disciplinar na forma da legislação vigente;

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.

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

_____, _____ de _____ de 20____.
Local Data

Assinatura do(a) candidato(a)

DECLARAÇÃO DE EXERCÍCIO DO COMÉRCIO E PARTICIPAÇÃO EM GERÊNCIA OU ADMINISTRAÇÃO DE SOCIEDADE PRIVADA

Eu, _____ **DECLARO, sob as penas da lei,**
para fins de posse no cargo de _____ no Tribunal Regional Eleitoral do Rio de Janeiro, que:

() **PARTICIPO** de gerência ou administração de sociedade privada, personificada ou não personificada e/ou exerço o comércio, exceto na qualidade de acionista, cotista ou comanditário, comprometendo-me a solicitar minha desvinculação de tais encargos até a data da posse neste Tribunal.

() **EXERÇO** o comércio na qualidade de acionista, cotista ou comanditário, não recaíndo na proibição estabelecida no disposto no art. 117, X, da Lei nº 8.112/90.

() **NÃO PARTICIPO** de gerência ou administração de sociedade privada, personificada ou não personificada.

() **NÃO EXERÇO** o comércio.

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.

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

_____, _____ de _____ de 20____.
Local Data

Assinatura do(a) candidato(a)

DECLARAÇÃO REGIME DISCIPLINAR DO SERVIDOR

Eu, _____ DECLARO, sob as penas da lei,
para fins de posse no cargo de _____ no Tribunal Regional Eleitoral do Rio de Janeiro, que:

() Estou ciente dos Capítulos I, II, III e IV (deveres do servidor; proibições; acumulação e responsabilidades) referentes ao Título IV – Do Regime Disciplinar, da Lei 8.112/90.

() Não sofri penalidade de demissão de cargo público efetivo ou destituição de cargo em comissão, nos termos do art. 137 e seu parágrafo único da Lei nº 8.112/90 ou de dispositivo equivalente de norma estadual, distrital ou municipal.

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.

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

_____, _____ de _____ de 20____.
Local Data

Assinatura do(a) candidato(a)

DECLARAÇÃO DE ANTECEDENTES CRIMINAIS

Eu, _____ **DECLARO, sob as penas da lei,**
para fins de posse no cargo de _____ no Tribunal Regional Eleitoral do Rio de Janeiro, **QUE NÃO**
POSSUO antecedentes criminais (Portaria TSE nº 204, de 26.09.02, art. 7º inciso IV).

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.

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

_____, _____ de _____ de 20____.
Local Data

Assinatura do(a) candidato(a)

DECLARAÇÃO DE INSCRIÇÃO NA OAB

Eu, _____ DECLARO, sob as penas da lei,
para fins de posse no cargo de _____ no Tribunal Regional Eleitoral do Rio de Janeiro, **que:**

() não possuo inscrição na Ordem dos Advogados do Brasil – OAB.

() possuo inscrição na Ordem dos Advogados do Brasil – OAB que se encontra cancelada.

() possuo inscrição na Ordem dos Advogados do Brasil – OAB, comprometendo-me a apresentar o cancelamento da mesma, com base no art. 11, inciso IV, c/c art. 28, inciso IV, da Lei nº 8.906/94, em até 10 (dez) dias úteis após a data de efetivo exercício neste Tribunal.

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.

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

_____, _____ de _____ de 20____.

Local

Data

Assinatura do(a) candidato(a)

FORMULÁRIO DE AUTORIZAÇÃO DE ACESSO AOS DADOS DE BENS E RENDAS DAS DECLARAÇÕES DE AJUSTE ANUAL DO IMPOSTO DE RENDA PESSOA FÍSICA

DADOS PESSOAIS – SERVIDOR (A)

NOME:	
MATRÍCULA Nº :	CPF Nº:
CARGO / FUNÇÃO:	RAMAL:
UNIDADE DE LOTAÇÃO:	

AUTORIZAÇÃO

☐ Autorizo, para fins de cumprimento da exigência contida no art. 13 da Lei nº 8.429, de 1992, e no art. 1º da Lei nº 8.730, de 1993, e enquanto sujeito ao cumprimento das obrigações previstas nas Leis 8.429, de 1992, e 8.730, de 1993, o Tribunal de Contas da União – TCU a ter acesso aos dados de Bens e Rendas exigidos nas mencionadas Leis, das minhas Declarações de Ajuste Anual do Imposto de Renda Pessoa Física e das respectivas retificações apresentadas à Secretaria da Receita Federal do Brasil.

LOCAL	DATA	ASSINATURA DO (A) SERVIDOR (A)
------------------------------	-----------------------------	---

TRIBUNAL REGIONAL ELEITORAL – RJ
SECRETARIA DE GESTÃO DE PESSOAS - SGP
COORDENADORIA DE PESSOAL E ANÁLISES TÉCNICAS -
COPAT
SEÇÃO DE REGISTROS FUNCIONAIS - SECREF

FICHA CADASTRAL
SERVIDOR EFETIVO



Matrícula nº:

DADOS PESSOAIS :

NOME					DATA DE NASCIMENTO	
					/ /	
SEXO ☐ M ☐ F		NATURALIDADE			UF	
RAÇA / COR - ETNIA ☐ AMARELO ☐ BRANCO ☐ INDÍGENA ☐ PARDO ☐ PRETO ☐ NENHUMA DAS ANTERIORES						
ESTADO CIVIL		NACIONALIDADE			ANO DE CHEGADA	
NOME DO PAI			NOME DA MÃE			
HABILITAÇÃO PROFISSIONAL Nº		ÓRGÃO EXPEDIDOR	REGIÃO	UF	DATA DA EXPEDIÇÃO	RG Nº
					/ /	
ÓRGÃO EXPEDIDOR		UF	DATA DA EXPEDIÇÃO	CPF		PIS / PASEP
			/ /			
CERTIFICADO MILITAR Nº		CATEGORIA	ÓRGÃO EXPEDIDOR	UF	DATA DA EXPEDIÇÃO	REGIÃO MILITAR
					/ /	
TÍTULO DE ELEITOR Nº		ZONA	SEÇÃO	DATA DA EXPEDIÇÃO		MUNICÍPIO
				/ /		UF
ENDEREÇO					BAIRRO	
CIDADE		UF	CEP	TELEFONE		TELEFONE CELULAR
E-MAIL			NOME DO BANCO		AGÊNCIA	
NOME DA AGÊNCIA		CONTA CORRENTE Nº		DOADOR DE ÓRGÃOS		
				☐ SIM ☐ NÃO		
ESCOLARIDADE						
☐ NÍVEL FUNDAMENTAL ☐ NÍVEL MÉDIO ☐ NÍVEL SUPERIOR ☐ PÓS GRADUAÇÃO ☐ MESTRADO ☐ DOUTORADO						

Local, / /20
Data

Servidor (a)