



GOVERNO DO ESTADO DE SERGIPE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COMISSÃO DE RESIDÊNCIA MÉDICA – COREME
FUNDAÇÃO ESTADUAL DE SAÚDE

CONVOCAÇÃO

CONVOCAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DE PERÍCIA MÉDICA PRESENCIAL DO PROCESSO SELETIVO SIMPLIFICADO PARA ACESSO AOS PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA MÉDICA NAS ÁREAS DE CIRURGIA GERAL, CLÍNICA MÉDICA, PEDIATRIA E NEONATOLOGIA DO HOSPITAL DE URGÊNCIAS DO ESTADO DE SERGIPE GOVERNADOR JOÃO ALVES FILHO – HUSE - EDITAL Nº 04/2024

A Secretaria de Estado da Saúde – SES e a Comissão de Residência Médica do Hospital de Urgências de Sergipe Governador João Alves Filho – HUSE, no uso de suas atribuições legais, por meio de Comissão Especial, instituída pela Fundação Estadual de Saúde – FUNESA, **CONVOCA** os(as) candidatos(as) listados(as) abaixo a comparecerem à sede da **Secretaria de Estado da Administração (SEAD), na Rua Vila Cristina, Nº 501, Bairro São José, Aracaju/SE, na data e horário agendados conforme quadro abaixo**, PARA REALIZAÇÃO DE PERÍCIA MÉDICA COM A FINALIDADE DE VERIFICAR SE A DEFICIÊNCIA SE ENQUADRA NA PREVISÃO DO ART. 4º DO DECRETO Nº 3.298/1999, conforme o item 4, subitem 4.16., do Edital Nº 04/2024.

DATA	HORÁRIO	CANDIDATO(A)
17/01/2025	9h	Icaro Celso Gomes Menezes
		Antonio Lima Santos

OBSERVAÇÕES:

OS CANDIDATOS LISTADOS NO QUADRO ACIMA, PRECISAM PREENCHER A FICHA DE CADASTRO E OS QUESITOS PARA EXAME DE ADMISSÃO, DISPONÍVEIS EM ANEXO, DATAR, ASSINAR E ENVIAR PARA O E-MAIL DA COMISSÃO (residencia.processoseletivo24@gmail.com), ATÉ O DIA 10.01.2025.

Conforme o subitem “4.18.: Não haverá segunda chamada para perícia médica, seja qual for o motivo alegado para justificar o atraso ou a ausência da pessoa com deficiência na avaliação.”

Conforme o subitem “4.19 .: O não comparecimento ou a reprovação na perícia médica acarretará a perda do direito às vagas reservadas às pessoas com deficiência.”

“O candidato cuja deficiência assinalada no formulário de inscrição não se confirme na perícia médica será eliminado da lista de pessoa com deficiência, devendo constar apenas na lista de classificação geral, caso atingido os critérios classificatórios da ampla concorrência” (subitem 4.20 do Edital).

“A compatibilidade entre as atribuições do cargo e a deficiência apresentada pelo candidato será também avaliada durante o período da residência” (subitem 4.24 do Edital).

Caso identificada incompatibilidade entre a deficiência apresentada pelo residente e as atribuições da especialidade, haverá o seu desligamento do Programa de Residência (subitem 4.24.1 do Edital).

Aracaju, 08 de janeiro de 2025.

COMISSÃO ESPECIAL DE SELEÇÃO
Edital nº 04/2024/FUNESA-ESP/SE



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

FICHA DE CADASTRO

PROGRAMA:

Edital:
04/2024

ÓRGÃO
Fundação Estadual de Saúde

NOME

Data Nasc.

Naturalidade

Nacionalidade

Estado civil

Sexo

M F

Endereço residencial

Bairro

Cidade/Estado

CEP

Telefones/Celular

E-mail

NÍVEL DE FORMAÇÃO QUE POSSUE (completo)

Médio

Superior

Pós Graduação

Mestrado

Doutorado

CPF

Carteira de Identidade

Data emissão

UF

Órgão Emissor

PIS/PASEP

Banco

Agência

Conta

Tipo

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 04/2024

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 SEÇÃO

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 Cadastro no SIPES	



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
Qual?

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, ____/____/____.