



**Santa Casa
de Misericórdia
de Sobral**

Sob intervenção da Prefeitura de Sobral

**Secretaria
da Saúde**



SOBRAL
PREFEITURA

FORMULÁRIO CHECKLIST PARA ADMISSÃO DE EMPREGADOS

NOME DO CANDIDATO: _____	DATA ADMISSÃO: _____	CARGO DE ADMISSÃO: _____	
NOME DO DOCUMENTO	QTDE. DE CÓPIAS	STATUS	
Fotos 3X4	03 Cópias		
Certidão de Nascimento e/ou Casamento – (CPF do cônjuge)	02 Cópias		
CTPS	02 Cópias		
Registro de Identidade – RG	02 Cópias		
CPF	02 Cópias		
Comprovante de Regularidade do CPF	01 Cópia		
Título de Eleitor	02 Cópias		
Carteira do Conselho de Classe	02 Cópias		
Certificado de Reservista ou Certificado de Dispensa (CDI)	01 Cópia		
Comprovante de Residência atualizado	02 Cópias		
Certidão de PIS Ativo (Solicitar junto à Caixa Econômica Federal)	02 Cópias		
Certidão de Antecedentes Criminais	01 Cópia		
Certidão Negativa de Debito do Conselho de Classe	01 Cópia		
Comprovante de Escolaridade	02 Cópias		
Certificado de Cursos Técnico, Graduação e Especialização.	02 Cópias		
Outros documentos que queiram apresentar (Ex. certificado de cursos)	02 Cópias		
Cartão Nacional do SUS (CNS)	02 Cópia		
Cartão de Vacina é obrigatório está atualizado	02 Cópias		
<i>Uso Exclusivo do S.E.S.M.T</i> Validação do Cartão de Vacina HEPATITE B [] TÉTANO [] COVID 19 [] Observações: _____ _____	Parecer Inicial do S.E.S.M.T		
	Parecer Final do S.E.S.M.T		



**Santa Casa
de Misericórdia
de Sobral**

Sob intervenção da Prefeitura de Sobral

Secretaria
da Saúde



SOBRAL
PREFEITURA

(Quando possuir dependentes: Certidão de Nascimento, CPF, Cartão de Vacina dos filhos até quatro anos, Declaração de Colégio de filhos a partir de cinco anos).

Declaro para os devidos fins, que estou ciente que deverei regularizar minha situação vacinal em um prazo de 48 horas, sob pena de cancelamento de minha admissão.

Assinatura do candidato: _____ Data: ____/____/____