



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
SUBSECRETARIA DE GESTÃO DE PESSOAS

Prezado(a),

É com grande satisfação que a Subsecretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde-SUGETES, da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal – SES/DF, o(a) recebe para compor o nosso quadro de pessoal.

Com o objetivo de aproveitar as experiências profissionais de cada um, solicitamos o preenchimento deste formulário para facilitar o processo de lotação a ser proposto pelas áreas responsáveis pela adequação e distribuição das categorias profissionais na rede de saúde da SES/DF.

Formulário para Avaliação do Perfil das Categorias Profissionais		
Dados Pessoais		
Nome:	Sexo: ()M ()F	
Data de nascimento: ___/___/___	Idade:	Estado civil:
Possui filhos? ()Não ()Sim	Quantos?	
Pessoa com Deficiência? ()Não ()Sim	Qual?	
É doador de sangue? ()Sim ()Não	Tipo sanguíneo:	Fator RH:
Endereço Residencial:		
Cep.:	Cidade:	UF:
Telefone fixo:	Celular:	E-mail:
Concurso		
Cargo para o qual foi nomeado:	Classificação:	
Escolaridade		
Grau de Instrução:	Curso:	
Área/ setor de interesse:		
Conselho Regional:	UF:	Registro nº:
Experiências Profissionais		
Possui algum vínculo empregatício atualmente? () Não () Sim		
Se sim, qual o nome da empresa?	Horário de Trabalho:	
Setor/área de atuação:	Cargo ocupado:	
Endereço:	Cidade:	UF:
Cep.:	Telefone:	
Data de admissão : ___/___/___		
Nome da última empresa em que trabalhou:		
Setor/área de atuação:	Cargo ocupado:	
Endereço:	Cidade:	UF:
Cep.:	Telefone:	
Data de admissão: ___/___/___	Data do desligamento: ___/___/___	
Motivo do desligamento:		



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
SUBSECRETARIA DE GESTÃO DE PESSOAS

Nome da penúltima empresa em que trabalhou:		
Setor/área de atuação:	Cargo ocupado:	
Endereço:	Cidade:	UF:
Cep.:	Telefone:	
Data de admissão: __/__/__	Data do desligamento: __/__/__	
Motivo do desligamento:		
Nome da antepenúltima empresa em que trabalhou:		
Setor/área de atuação:	Cargo ocupado:	
Endereço:	Cidade:	UF:
Cep.:	Telefone:	
Data de admissão: __/__/__	Data do desligamento: __/__/__	
Motivo do desligamento:		
Cursos/Especializações Realizados (citar no máximo 3)		
1) Curso:	Período: de __/__/__ a __/__/__	
Instituição:		
2) Curso:	Período: de __/__/__ a __/__/__	
Instituição:		
3) Curso:	Período: de __/__/__ a __/__/__	
Instituição:		
Vínculo com a SES/DF		
Possui outro vínculo com a SES/DF? () Não () Sim		
Se sim, qual setor/unidade de lotação?		Função:
Matrícula nº:	Horário de trabalho:	
Aptidões, Habilidades e Talentos, inclusive artísticos (relacionar)		

As informações prestadas serão analisadas e ponderadas de acordo com a necessidade da Secretaria de Estado de Saúde/SES-DF considerando o seu interesse de lotação, porém, **não garantimos que a sua escolha seja atendida.**