



GOVERNO DO ESTADO
RIO GRANDE DO SUL

SECRETARIA DA ADMINISTRAÇÃO
E DOS RECURSOS HUMANOS

Apresentação para Exame Médico-Pericial

O
As
do

preenchimento completo e correto desta
apresentação agilizará o atendimento.
informações são de inteira responsabilidade
órgão emissor.

NOME DO ÓRGÃO EMITENTE
SUPERINTENDÊNCIA DOS SERVIÇOS PENITENCIÁRIOS/ SJSPS

UN ID AD E	NOME DA UNIDADE SUPERINTENDÊNCIA DOS SERVIÇOS PENITENCIÁRIOS - SUSEPE		
	ENDEREÇO (Rua, Av., etc.) AVENIDA BORGES DE MEDEIROS (endereço provisório)		
	NÚMERO 1501	COMPLEMENTO (Ap., Bl., etc.) 11º ANDAR	BAIRRO PRAIA DE BELAS
	MUNICÍPIO PORTO ALEGRE/RS		CEP 90020-020
		TELEFONE -	

Nomeado/Admitido

IDE NTI FIC AÇ ÃO	NOME ALEXANDER OLIVEIRA DE ASSIS			CPF 639.125.620-91
	NOME DE SOLTEIRA (Se diferente do nome atual) -			MATRÍCULAS ANTERIORES E ATUAIS NO ESTADO
	DATA NASCIMENTO 12/12/1970	IDENTIDADE Nº 7051697089	ÓRGÃO EMISSOR SJS	
	ESTADO CIVIL SOLTEIRO			
☐ M ☐ F				

FIL IA ÇA O	NOME DO PAI JORGE LUIZ PACHECO DE ASSIS
	NOME DA MÃE ELZA OLIVEIRA DE ASSIS

RE SID ÊN CI A	ENDEREÇO (Rua, Av., etc.) RUA SANTA RITA		
	NÚMERO 143	COMPLEMENTO (Ap., Bl., etc.)	BAIRRO OLARIA
	MUNICÍPIO CANOAS		CEP 92035-512
			TELEFONE (51) 985277214 9685

IN GR ES SO	FORMA DE INGRESSO CONCURSO PÚBLICO Nº 01- 2017- SUSEPE		
	PUBLICAÇÃO DA NOMEAÇÃO/ADMISSÃO Nº BOLETIM D.O.E.: 218 DATA DE PUBLICAÇÃO: 03/11/2021		ENQUADRAMENTO ESPECIAL ☐ Lei 10.364/95 ☐ Lei 10.228/94
	REGIME JURÍDICO ☐ Estatutário ☐ Celetista		REGIME PREVIDENCIÁRIO ☐ IPERGS ☐ INSS
	CARGO/FUNÇÃO AGENTE PENITENCIÁRIO		TEMPO DE SERVIÇO NO ESTADO
	USO EXCLUSIVO MAGISTÉRIO	☐ Regência de Classe ☐ Regência de Classe – Educação Especial para portadores de Necessidades Especiais Tipo:	
		NÍVEL DE ENSINO ☐ Ensino Fundamental Séries Iniciais ☐ Ensino Fundamental Séries Finais ☐ Ensino Médio	
		DISCIPLINA	

Declaração de Funções (Preencher no caso de inexistência de descrição de funções/atividades pertinentes ao cargo publicadas em lei)

Descrever, detalhadamente, as funções e atividades a serem exercidas pelo nomeado/admitido.

ATENÇÃO: É obrigatório o agendamento do Exame Médico-Pericial no prazo de 24 horas úteis da emissão desta Apresentação.

Declaro estar de acordo com as informações aqui relacionadas.

ASSINATURA DO NOMEADO/ADMITIDO

DATA: _____

CARGO: _____

MATRICULA: _____

CARIMBO DO ÓRGÃO E ASSINATURA DA AUTORIDADE LEGAL