



CENSO FUNCIONAL

1. IDENTIFICAÇÃO DO SERVIDOR

1.1 REGISTRO	1.2 NOME

1.3 CEP	1.4 ENDEREÇO RESIDENCIAL

1.5 NÚMERO	1.6 COMPLEMENTO	1.7 TELEFONE RESIDENCIAL

1.8 TELEFONE CELULAR	1.9 ENDEREÇO ELETRÔNICO (e-mail)

1.10 BAIRRO	1.11 CIDADE	1.12 UF



2. EXERCÍCIO DA FUNÇÃO

2.1 LOCAL DE TRABALHO (Setor, Seção, Diretoria e Secretaria)

2.2 VOCÊ EXERCE CARGO COMISSIONADO?

SIM NÃO

2.3 SE VOCÊ RESPONDEU SIM NO ITEM 2.2, QUAL CARGO EXERCE?

2.4 VOCÊ ESTÁ CEDIDO?

SIM NÃO

2.5 SE VOCÊ RESPONDEU SIM NO ITEM 2.4, INFORME PARA QUAL O ÓRGÃO FOI CEDIDO

2.6 VOCÊ POSSUI OUTRO CARGO PÚBLICO?

SIM NÃO

2.7 SE VOCÊ RESPONDEU SIM NO ITEM 2.6, MENCIONE QUAL É O CARGO



Prefeitura do Município de Bertioga
Estado de São Paulo
Estância Balneária

INSTITUIÇÃO: UNIVERSIDADE OU FACULDADE E UF (Estado)

GRADUAÇÃO
(ano)

CURSO / ÁREA

INSTITUIÇÃO: UNIVERSIDADE OU FACULDADE E UF (Estado)

GRADUAÇÃO
(ano)

CURSO / ÁREA

INSTITUIÇÃO: UNIVERSIDADE OU FACULDADE E UF (Estado)

GRADUAÇÃO
(ano)

3.6 VOCÊ ESTÁ ESTUDANDO?

SIM

NÃO

3.7 SE VOCÊ SIM AO ITEM 3.6, INFORME QUAL CURSO ESTÁ FREQUENTANDO

ENSINO FUNDAMENTAL

ENSINO SUPERIOR

MESTRADO

PÓS-DOCTORADO

ENSINO MÉDIO

ESPECIALIZAÇÃO

DOUTORADO

OUTROS



4. CAPACITAÇÃO

4.1 VOCÊ GOSTARIA DE PARTICIPAR DE CURSOS DE CAPACITAÇÃO OFERECIDOS PELO MUNICÍPIO? POR QUÊ?

SIM NÃO

4.2 SE VOCÊ RESPONDEU SIM AO ITEM 4.1, INFORME QUAL OU QUAIS ÁREAS DE INTERESSE PARA CAPACITAÇÃO.

ADMINISTRATIVA

LIMPEZA

ARQUITETURA

MANUTENÇÃO

COMUNICAÇÃO

MEIO AMBIENTE

CONTABILIDADE

PLANEJAMENTO

COPA

RECURSOS HUMANOS

EDUCAÇÃO

SAÚDE

ENGENHARIA

SERVIÇO SOCIAL

FINANCEIRA

TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO

FISCALIZAÇÃO

TRÂNSITO

GESTÃO

TRANSPORTE

HABITAÇÃO

TURISMO

JURÍDICA

OUTRAS ÁREAS DE ATUAÇÃO

4.3 CASO VOCÊ TENHA MARCADO NO ITEM 4.2, ALGUMA ÁREA DE INTERESSE, INFORME O NOME DO CURSO.

4.4 VOCÊ PODE FREQUENTAR CURSO DE CAPACITAÇÃO DEPOIS DO EXPEDIENTE? EXPLIQUE



5. EXERCÍCIO DO CARGO

5.1 ASSINALE A(S) ÁREA(S) DE ATUAÇÃO NO EXERCÍCIO DAS ATRIBUIÇÕES DE SEU CARGO

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> ADMINISTRATIVA | <input type="checkbox"/> LIMPEZA |
| <input type="checkbox"/> ARQUITETURA | <input type="checkbox"/> MANUTENÇÃO |
| <input type="checkbox"/> COMUNICAÇÃO | <input type="checkbox"/> MEIO AMBIENTE |
| <input type="checkbox"/> CONTABILIDADE | <input type="checkbox"/> PLANEJAMENTO |
| <input type="checkbox"/> COPA | <input type="checkbox"/> RECURSOS HUMANOS |
| <input type="checkbox"/> EDUCAÇÃO | <input type="checkbox"/> SAÚDE |
| <input type="checkbox"/> ENGENHARIA | <input type="checkbox"/> SERVIÇO SOCIAL |
| <input type="checkbox"/> FINANCEIRA | <input type="checkbox"/> TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO |
| <input type="checkbox"/> FISCALIZAÇÃO | <input type="checkbox"/> TRÂNSITO |
| <input type="checkbox"/> GESTÃO | <input type="checkbox"/> TRANSPORTE |
| <input type="checkbox"/> HABITAÇÃO | <input type="checkbox"/> TURISMO |
| <input type="checkbox"/> JURÍDICA | <input type="checkbox"/> OUTRAS ÁREAS DE ATUAÇÃO |

5.2 PARA DESENVOLVER AS SUAS ATRIBUIÇÕES VOCÊ USA EQUIPAMENTOS? EXPLIQUE EM CASO POSITIVO, QUAIS.

- SIM
- NÃO

6. AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA



Prefeitura do Município de Bertioga
Estado de São Paulo
Estância Balneária

6.1 SOBRE O FUMO

NUNCA FUMEI PAREI DE FUMAR
 FUM O CIGARROS/
DIA

6.2 SOBRE O CONSUMO DE BEBIDA ALCOÓLICA

NÃO BEBO BEBO NO FIM DE SEMANA
 BEBO SOCIALMENTE BEBO DIARIAMENTE

6.3 ATUALMENTE VOCÊ SOFRE DE ALGUMA ENFERMIDADE? CASO SOFRA INFORME QUAL/QUAIS (se mais de uma).

SIM NÃO

6.4 TEM PLANO DE SAÚDE?

SIM NÃO

6.5 CASO A RESPOSTA DO ITEM 6.4 FOR SIM, INFORME: QUAL?

6.6 QUAL O VALOR DO PLANO?

R \$

6.7 TEM CASA PRÓPRIA?

SIM NÃO

6.8 SE A RESPOSTA AO ITEM 6.7 FOR SIM, INFORME EM QUE CIDADE.

6.9 TEM VEÍCULO PRÓPRIO?

SIM NÃO

6.10 PESSOALMENTE, VOCÊ ESTÁ:

REALIZADO NO PLANO FAMILIAR? TOTALMENTE PARCIALMENTE NÃO
REALIZADO PROFISSIONALMENTE? TOTALMENTE PARCIALMENTE NÃO
CONTENTE COM SUA SAÚDE? TOTALMENTE PARCIALMENTE NÃO
CONTENTE COM SEU SALÁRIO? TOTALMENTE PARCIALMENTE NÃO

6.11 TRABALHO PARA VOCÊ É:

OBRIGAÇÃO? SIM PARCIALMENTE NÃO



REALIZAÇÃO PROFISSIONAL? SIM PARCIALMENTE NÃO

GARANTIA DE SUSTENTO? SIM PARCIALMENTE NÃO

PARTICIPAÇÃO NA SOCIEDADE? SIM PARCIALMENTE NÃO

6.1
2 PROFISSIONALMENTE, QUALIDADE DE VIDA NO TRABALHO É:

AMBIENTE AGRADÁVEL E AMIGÁVEL? SIM PARCIALMENTE NÃO

ESTABILIDADE? SIM PARCIALMENTE NÃO

RESPEITO E VALORIZAÇÃO? SIM PARCIALMENTE NÃO

INSTALAÇÕES ADEQUADAS? SIM PARCIALMENTE NÃO

ASSISTÊNCIA SOCIAL? SIM PARCIALMENTE NÃO

SAÚDE OCUPACIONAL? SIM PARCIALMENTE NÃO

SEGURANÇA DO TRABALHO? SIM PARCIALMENTE NÃO

REMUNERAÇÃO COMPATÍVEL? SIM PARCIALMENTE NÃO

6.1
3 EM SUA OPINIÃO, HÁ QUALIDADE DE VIDA NO SEU TRABALHO? EXPLIQUE

SIM

PARCIALMENTE

NÃO

