



FICHA DE INSCRIÇÃO - NÍVEL SUPERIOR
PROCESSO SELETIVO - EDITAL Nº 005/2021

Nome: _____ Telefone: (____) _____
 Identidade: _____ Data de Expedição: ____/____/____ Órgão Expedidor: _____
 CPF: _____ Data de Nascimento: ____/____/____
 Endereço: _____
 Bairro: _____ Município: _____ Estado: _____
 E-mail: _____

CARGO PLEITEADO

<input type="checkbox"/> ADVOGADO	<input type="checkbox"/> ENGENHEIRO FLORESTAL	<input type="checkbox"/> MÉDICO INFECTOLOGISTA
<input type="checkbox"/> ARQUITETO URBANISTA	<input type="checkbox"/> ENGENHEIRO DE SEGURANÇA DO TRABALHO	<input type="checkbox"/> MÉDICO NEUROLOGISTA
<input type="checkbox"/> ARQUIVISTA	<input type="checkbox"/> MÉDICO ANGIOLOGISTA	<input type="checkbox"/> MÉDICO ORTOPEDISTA
<input type="checkbox"/> ASSISTENTE SOCIAL. POLOS: <input type="checkbox"/> Centro / Beira Rio / Vila Eggert / Virada <input type="checkbox"/> São João do Garrafão	<input type="checkbox"/> MÉDICO AUDITOR	<input type="checkbox"/> MÉDICO OTORRINOLARINGOLOGISTA
<input type="checkbox"/> BIBLIOTECÁRIO	<input type="checkbox"/> MÉDICO AUTORIZADOR	<input type="checkbox"/> MÉDICO PSIQUIATRA
<input type="checkbox"/> BIÓLOGO	<input type="checkbox"/> MÉDICO CARDIOLOGISTA	<input type="checkbox"/> MÉDICO RADIOLOGISTA
<input type="checkbox"/> CONTADOR	<input type="checkbox"/> MÉDICO CLÍNICO GERAL	<input type="checkbox"/> MÉDICO REGULADOR
<input type="checkbox"/> EDUCADOR FÍSICO	<input type="checkbox"/> MÉDICO DERMATOLOGISTA	<input type="checkbox"/> MÉDICO UROLOGISTA
<input type="checkbox"/> ENGENHEIRO AGRÔNOMO	<input type="checkbox"/> MÉDICO DO TRABALHO	<input type="checkbox"/> NUTRICIONISTA
<input type="checkbox"/> ENGENHEIRO AMBIENTAL	<input type="checkbox"/> MÉDICO ENDOCRINOLOGISTA	<input type="checkbox"/> PEDAGOGO
<input type="checkbox"/> ENGENHEIRO CIVIL	<input type="checkbox"/> MÉDICO GERIATRA	<input type="checkbox"/> PSICÓLOGO. POLOS: <input type="checkbox"/> Centro / Beira Rio / Vila Eggert / Virada <input type="checkbox"/> São João do Garrafão
<input type="checkbox"/> ENGENHEIRO CIVIL	<input type="checkbox"/> MÉDICO GINECOLOGISTA	

QUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL

Discriminação	Pontos	Máximo de Títulos	Quantidade de Documentos	TOTAL DE PONTOS
Título de Doutorado na área de atuação.	20	1		
Título de Mestrado na área de atuação.	15	1		
Certificado de Pós Graduação latu sensu na área de atuação com duração igual ou superior a 360h.	08	1		
Certificado de participação em Cursos na área de atuação com duração igual ou superior a 120h, concluídos a partir 2015.	06	1		
Certificado de participação em Cursos na área de atuação com duração de 80h a 119h, concluídos a partir 2015.	04	1		
Certificado de participação em Cursos na área de atuação com duração de 40h a 79h, concluídos a partir 2015.	02	2		
Certificado de participação em Cursos, Congressos, Conferências, Seminários, Jornadas, Palestras, Encontros, Simpósios, Fóruns e demais eventos na área de atuação 08h a 39h, concluídos a partir 2015.	01	3		

OBS: PONTUAÇÃO MÁXIMA DE 60 PONTOS.

TOTAL

EXERCÍCIO PROFISSIONAL	VALOR / MÊS	QUANTIDADE DE MESES	TOTAL DE PONTOS
Tempo de serviço prestado em Serviço Público, Empresa Prvada; Autônomo ou profissional liberal, exclusivamente no cargo pleiteado. No limite de 40 meses, o período de 01/01/2014 à 30/04/2021.	1,0 ponto por mês		

OBS: PONTUAÇÃO MÁXIMA DE 40 PONTOS.

TOTAL

PONTUAÇÃO TOTAL

DECLARO QUE:

- Não possuo deficiência Possuo Deficiência. Especificar: _____
 Não possuo cargo público Possuo cargo público ativo. Especificar: _____

(Preenchido pela comissão)

Data de recebimento

____/____/2021

(Preenchido pela comissão)

Horário de entrega da ficha

DECLARO QUE CONHEÇO E CONCORDO COM OS TERMOS DESTE EDITAL E LEGISLAÇÃO VIGENTE

Assinatura do (a) candidato (a)