



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
PREFEITURA MUNICIPAL DE MORRINHOS DO SUL

Rua Antônio José Carlos, 001 - Centro - Morrinhos do Sul - RS CEP - 95.577-000
Fone: (051)-3605-1055 - Fax: (051)-3605-1112 CNPJ Nº 93.317.980/0001-31
e-mail: adminitracao@morrinhosdosul.rs.gov.br - site:www.morrinhosdosul.rs.gov.br

PROCESSO SELETIVO SIMPLIFICADO Nº 057/2021
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

FICHA DE INSCRIÇÃO

À Comissão do Processo Seletivo Simplificado

Nº inscrição

Eu _____,
portador(a) do RG nº _____ órgão expedidor _____, data
de emissão _____, inscrito no CPF nº _____,
residente no endereço _____, no
Município de _____, Estado do _____, que
esta subscreve, venho solicitar minha inscrição no Processo Seletivo Simplificado para
concorrer a função de _____, conforme consta no Edital nº
057/2021.

E declaro estar ciente das condições do presente Processo de Seleção Simplificado e aceitá-las.

Declaro ainda, sob as penas da Lei, serem verdadeiras as informações por mim prestadas.

Telefone para contato _____

Email _____

Observação:

Conforme item 4.2 do Edital nº 057/2021 "Não caberá à Comissão do Processo Seletivo Simplificado a conferência de documentos durante o processo de inscrições, será de inteira responsabilidade do candidato a conferência e entrega de sua documentação".

Morrinhos do Sul, RS, _____ de _____ de 2021.

Assinatura do(a) Candidato(a)



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
PREFEITURA MUNICIPAL DE MORRINHOS DO SUL

Rua Antônio José Carlos, 001 - Centro - Morrinhos do Sul - RS CEP - 95.577-000
Fone: (051)-3605-1055 - Fax: (051)-3605-1112 CNPJ Nº 93.317.980/0001-31
e-mail: adminitracao@morrinhosdosul.rs.gov.br - site:www.morrinhosdosul.rs.gov.br

**CURRÍCULO PARA PROCESSO SELETIVO SIMPLIFICADO PARA
FUNÇÕES DE SUPERIOR COMPLETO**

Função: MÉDICO(A) _____

1. FORMAÇÃO ACADÊMICA / PÓS
1.1 Grau de Formação:
Instituição de Ensino:
Ano de conclusão:
1.2 Grau de Formação:
Instituição de Ensino:
Ano de conclusão:
1.3 Grau de Formação:
Instituição de Ensino:
Ano de conclusão:
1.4 Grau de Formação:
Instituição de Ensino:
Ano de conclusão:
2. CURSOS (Seminários, Congressos, Treinamentos....)
2.1 Seminários, congressos, treinamentos na área pretendida com carga horária no mínimo 20 horas e no máximo de 39 horas:
2.1.1 Curso / área:
Instituição de Ensino:
Carga horária:
Data de início: _____ Data da conclusão: _____
2.1.2 Curso / área:
Instituição de Ensino:
Carga horária:



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
PREFEITURA MUNICIPAL DE MORRINHOS DO SUL

Rua Antônio José Carlos, 001 - Centro - Morrinhos do Sul - RS CEP - 95.577-000
Fone: (051)-3605-1055 - Fax: (051)-3605-1112 CNPJ Nº 93.317.980/0001-31
e-mail: adminitracao@morrinhosdosul.rs.gov.br - site:www.morrinhosdosul.rs.gov.br

Data de início: _____ Data da conclusão: _____
2.1.3 Curso / área: _____
Instituição de Ensino: _____
Carga horária: _____
Data de início: _____ Data da conclusão: _____
2.1.4 Curso / área: _____
Instituição de Ensino: _____
Carga horária: _____
Data de início: _____ Data da conclusão: _____
2.1.5 Curso / área: _____
Instituição de Ensino: _____
Carga horária: _____
Data de início: _____ Data da conclusão: _____
3. CURSOS (Seminários, Congressos, Treinamentos....)
3.1 Seminários, congressos, treinamentos na área pretendida com carga horária no mínima de 40 horas:
3.1.1 Curso / área: _____
Instituição de Ensino: _____
Carga horária: _____
Data de início: _____ Data da conclusão: _____
3.1.2 Curso / área: _____
Instituição de Ensino: _____
Carga horária: _____
Data de início: _____ Data da conclusão: _____
3.1.3 Curso / área: _____
Instituição de Ensino: _____



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
PREFEITURA MUNICIPAL DE MORRINHOS DO SUL

Rua Antônio José Carlos, 001 - Centro - Morrinhos do Sul - RS CEP - 95.577-000
Fone: (051)-3605-1055 - Fax: (051)-3605-1112 CNPJ Nº 93.317.980/0001-31
e-mail: adminitracao@morrinhosdosul.rs.gov.br - site:www.morrinhosdosul.rs.gov.br

Carga horária:
Data de início: _____ Data da conclusão: _____
3.1.4 Curso / área:
Instituição de Ensino:
Carga horária:
Data de início: _____ Data da conclusão: _____
3.1.5 Curso / área:
Instituição de Ensino:
Carga horária:
Data de início: _____ Data da conclusão: _____
4. Experiência em Serviço de Saúde na rede Pública Municipal com comprovação:
4.1. Número de meses:
5. Experiência na rede de Saúde Privada ou Pública de outro órgão, com comprovação:
5.1. Número de meses:
6. INFORMAÇÕES ADICIONAIS:

Morrinhos do Sul, em _____ de junho de 2021.

Assinatura do(a) Candidato(a)