

ANEXO IV

Formulário de Inscrição

Nº de Inscrição _____ Data: ___/___/___

CARGO PLEITEADO: _____

DADOS PESSOAIS

Nome: _____

Data de nascimento: ___/___/___ Nacionalidade: _____

RG: _____ Data de emissão: ___/___/___ Órgão Emissor: _____ UF: _____

CPF _____ Sexo: () masculino () feminino

TELEFONE: _____ EMAIL: _____

TÍTULO CATEGORIA I	PONTUAÇÃO POR TÍTULO	PONTUAÇÃO
Doutorado	20 pontos	
Mestrado na área de conhecimento pleiteada	10 pontos	
Título de especialização ou pós-graduação (Latu Sensu) específico na área de saúde.	05 pontos	
TOTAL DE PONTOS CATEGORIA I		
TÍTULO CATEGORIA II		PONTUAÇÃO
Cursos específicos na área de saúde com carga horária mínima de 08 horas (até 05 cursos) com pontuação de 01 ponto cada.	05 pontos	
TOTAL DE PONTOS CATEGORIA II		

TEMPO DE SERVIÇO	PONTUAÇÃO POR TÍTULO	PONTUAÇÃO
Tempo de Serviço	1,0 (um) ponto por mês trabalhado	

TOTAL DE PONTOS GERAL (Uso exclusivo da comissão)	
--	--

Declaro ter conhecimento e estar de acordo com o presente Edital.

 Assinatura do Candidato

 Assinatura do membro da Comissão