ANEXO I AO EDITAL n. 1/2018 – SAD/FUNSAU/MIFP

PROCESSO SELETIVO SIMPLIFICADO – SAD/FUNSAU/MIFP/2018

FICHA DE INSCRIÇÃO

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | GOVERNO DO ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL  Fundação Serviços de Saúde de Mato Grosso Do Sul | | | | | FICHA DE INSCRIÇÃO | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
| PROCESSO SELETIVO SIMPLIFICADO | | | | | | | | Inscrição n. | |  |
|  | | | | | | | | | | |
| I - FUNÇÃO : Médico - Intensivista Adulto, Pediátrico, Fisioterapeuta e Perfusionista | | | | | | | | | | |
| II - DADOS PESSOAIS | | | | | | | | | | |
| 1. Nome: (preencher com letra de forma) | | | | | | | | | | |
| 2. Sexo  ( ) Masculino ( ) Feminino | | 3. Data de Nascimento  \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_ | | 4. RG | | | 5. Órgão Emissor | | 6. UF | |
| 7. CPF | | | | 8. Telefone Fixo | | | 9. Telefone Celular | | | |
| 10. Endereço | | | | | | | 11. Complemento | | | |
| 12. Bairro | | | | | 13. Cidade | | | | 14. UF | |
| 15. CEP | | | 16. e-mail | | | | | | | |
| 17. Possui Conta Corrente ativa no Banco do Brasil?  ( ) Sim ( ) Não | | | | 18. n. da Agência | | | 19. n. da Conta Corrente | | | |
|  | | | | | | | | | | |
| Declaro que aceito as condições descritas no Edital que rege este processo seletivo e, se convocado para contratação, que apresentarei todos os documentos comprobatórios dos requisitos pessoais, de escolaridade e profissionais para assinar o contrato. | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
| Campo Grande-MS, \_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 2018.  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Assinatura do candidato | | | | | | | | | | |

- - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - -- - - - - - - - - - - - - - -

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | | | |
| COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO  Processo Seletivo Simplificado | | Inscrição n. |  |
|  | | | |
| Nome do Candidato: | | | |
| Cargo/Função: | | | |
| Quantidade de folhas entregues: | | | |
| Informações pelo telefone: (67) |  | | |
| Campo Grande-MS, \_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 2018. |  | | |
|  |  | | |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Assinatura | | | |

ANEXO II AO EDITAL n. 1/2018 – SAD/FUNSAU/MIFP

PROCESSO SELETIVO SIMPLIFICADO – SAD/FUNSAU/MIFP/2018

*CURRICULUM VITAE*

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| logo governo | GOVERNO DO ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL  Fundação Serviços de Saúde de Mato Grosso Do Sul | | | Formulário  *“CURRICULUM VITAE”* | |
|  | | | | | |
| PROCESSO SELETIVO SIMPLIFICADO | | | | Inscrição n. |  |
|  | | | | | |
| DADOS PESSOAIS | | | | | |
| Nome: | | | | | |
| Função: | | | | | |
| RG: | | | CPF: | | |
| Endereço: | | | | | |
| Telefone: | | e-mail: | | | |
| EXPERIÊNCIA  (informar períodos, empregadores e cargos/funções) | |  | | | |
| FORMAÇÃO ESCOLAR  (informar instituições de ensino, ano da conclusão e o curso e área de habilitação) | |  | | | |
| CURSOS DE CAPACITAÇÃO  ÚLTIMOS 5 (CINCO) ANOS | |  | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |
| Campo Grande-MS, \_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 2018.  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Assinatura do candidato | | | | | |