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 SULFundação 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 INSCRIÇÃOProcesso 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 SULFundação 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 CAPACITAÇÃOÚLTIMOS 5 (CINCO) ANOS |  |
|  |
|  |
| Campo Grande-MS, \_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 2018.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Assinatura do candidato |