

# FUNDAÇÃO DE SAÚDE PÚBLICA DO MUNICÍPIO DE SÃO GABRIEL DO OESTE – MS – FUNSAÚDE

CNPJ 05.301.040/0001-97

Rua: João Evangelista Rosa 1156 – Tel. 067-3295-3206

CEP: 79.490-000

SÃO GABRIEL DO OESTE – MS

**Edital nº. 001/2018**

## ABERTURA DE INSCRIÇÕES PARA PROCESSO SELETIVO SIMPLIFICADO 01/2018 DA FUNDAÇÃO DE SAÚDE PÚBLICA DO MUNICÍPIO DE SÃO GABRIEL DO OESTE - MS.

A **PRESIDENTE DA FUNDAÇÃO DE SAÚDE PÚBLICA DO MUNICÍPIO DE SÃO GABRIEL DO OESTE**, no uso de suas atribuições conferidas pelo Estatuto da Fundação de Saúde Pública do Município de São Gabriel do Oeste, no artigo 22, alínea b, e considerando o disposto no art. 37, inciso IX, da Constituição Federal, regulamentado pela Lei Municipal nº 908/2013, de 24 de setembro de 2013, torna público que realizará **PROCESSO SELETIVO SIMPLIFICADO 01/2018** para formação de **CADASTRO DE PROFISSIONAIS INTERESSADOS EM FIRMAR EVENTUAL CONTRATO TEMPORÁRIO** com a Fundação de Saúde Pública de São Gabriel do Oeste, nas condições e regras estabelecidas no presente Edital.

### 1. DAS DISPOSIÇÕES PRELIMINARES

**1.1** O Processo Seletivo Simplificado tem por objeto constituir cadastro de reserva de profissionais habilitados e interessados em contratação temporária para os cargos/funções descritos neste Edital, sendo realizado com a finalidade de suprir a necessidade temporária de excepcional interesse público, nos casos previstos no artigo 2º da Lei Municipal nº 908/2013, de 24 de setembro de 2013.

**1.2** O Processo Seletivo Simplificado será coordenado e executado por comissão organizadora constituída especialmente para esse fim.

**1.3** O Processo Seletivo Simplificado consiste em análise curricular e entrevista, com caráter eliminatório e classificatório.

### 2. DAS INSCRIÇÕES

**2.1.** As inscrições serão realizadas no período de **07 a 09 de Março de 2018, das 7h às 11h e das 13h às 17h**, na Fundação de Saúde Pública de São Gabriel do Oeste, localizada na Rua João Evangelista Rosa, 1156 Centro, nesta Cidade.

**2.2.** A inscrição será realizada mediante apresentação de *Curriculum*, acompanhado da respectiva documentação referente a títulos, conforme modelo constante no anexo III deste edital.

**2.2.1.** O curriculum e os respectivos títulos deverão ser entregues em envelope lacrado com a seguinte identificação:

<b>PROCESSO SELETIVO SIMPLIFICADO NÚMERO: 01/2018-FUNSAÚDE</b>		
<b>Cargo pretendido:</b>	<b>Número da Inscrição:</b>	
Candidato:		
Endereço:	Nº.:	
Cidade:	Bairro:	
Estado:	CEP:	Telefones:
E-mail:		

# FUNDAÇÃO DE SAÚDE PÚBLICA DO MUNICÍPIO DE SÃO GABRIEL DO OESTE – MS – FUNSAÚDE

CNPJ 05.301.040/0001-97

Rua: João Evangelista Rosa 1156 – Tel. 067-3295-3206

CEP: 79.490-000

SÃO GABRIEL DO OESTE – MS

**2.2.2.** Somente serão aceitas as inscrições elaboradas utilizando-se do modelo que consta do Anexo I deste Edital.

**2.3.** A inscrição implica no conhecimento e na aceitação das normas e condições estabelecidas neste Edital e seus anexos, bem como de todo o teor da Lei Municipal nº 908/2013, das quais o candidato não pode alegar desconhecimento.

**2.4.** É de responsabilidade do candidato, a atualização de seus dados cadastrais, tais como: endereço completo, telefones e de endereço eletrônico (e-mail), nos casos de alteração ocorrida após a inscrição.

**2.5.** As informações dos dados cadastrais prestadas no ato da inscrição serão de exclusiva responsabilidade dos candidatos.

**2.6.** É vedada a inscrição condicional, a extemporânea, a via postal, a via fax ou a via correio eletrônico.

## 3. DOS TÍTULOS

**3.1.** O curriculum e os respectivos serão aferidos por Comissão de Avaliação de Títulos, observados os critérios e o valor correspondente em pontos explicitados nos quadros abaixo:

	TÍTULOS	PONTUAÇÃO	PONTUAÇÃO MÁXIMA
1.	Doutorado (especialização <i>stricto sensu</i> )	10 pontos	10 pontos
2.	Mestrado (especialização <i>stricto sensu</i> ) na área de conhecimento relacionada ao cargo/função descrita no ato de inscrição	9 pontos	9 pontos
3.	Mestrado (especialização <i>stricto sensu</i> ) em qualquer área de conhecimento	8 pontos	8 pontos
4.	Pós graduação, <i>lato sensu</i> , com duração mínima de 360 horas, na área de conhecimento relacionada ao cargo/função descrita no ato de inscrição	7 pontos	7 pontos
5.	Pós graduação, <i>lato sensu</i> , com duração mínima de 360 horas, em qualquer área de conhecimento	5 pontos	5 pontos
6.	Curso de Graduação (exceto para cargos cujo requisito mínimo seja a escolaridade em nível superior)	4 pontos	4 pontos
7.	Conclusão do ensino (para os cargos cujo requisito seja o ensino fundamental completo ou incompleto)	3 pontos	3 pontos
8.	Participação em cursos, seminários, palestras e outros eventos de capacitação em temas relacionados às atribuições do cargo ou função com	1,5 pontos	3 pontos

# FUNDAÇÃO DE SAÚDE PÚBLICA DO MUNICÍPIO DE SÃO GABRIEL DO OESTE – MS – FUNSAÚDE

CNPJ 05.301.040/0001-97

Rua: João Evangelista Rosa 1156 – Tel. 067-3295-3206

CEP: 79.490-000

SÃO GABRIEL DO OESTE – MS

	carga horaria acima de 40 horas-aula		
9.	Participação em cursos, seminários, palestras e outros eventos de capacitação em temas relacionados às atribuições do cargo ou função com carga horária de 20 a 40 horas-aula	1 ponto	3 pontos
10	Participação em cursos, seminários, palestras e outros eventos de capacitação em temas relacionados às atribuições do cargo ou função com carga horária de 8 a 20 horas-aulas	0,5 ponto	3 pontos
11	Tempo de Serviço Prestado na área pública ou privada em cargo ou função descrita no ato de inscrição	4 pontos por ano	20 pontos
12	Tempo de Serviço prestado em qualquer cargo ou função na área hospitalar	3 pontos por ano	15 pontos
13	Tempo de Serviço prestado do Poder Público em qualquer cargo ou função	2 pontos por ano	10 pontos
PONTUAÇÃO TOTAL			100 PONTOS

**3.2.** Não serão computados documentos que não consignem, de forma expressa e precisa, as informações necessárias à sua avaliação, assim como aqueles cujas cópias estiverem ilegíveis, mesmo que parcialmente.

**3.3.** Para efeito de pontuação, cada título será considerado uma única vez.

**3.4.** Cada título será avaliado de acordo com a carga horária expressa, não sendo permitida a soma de carga horária de mais de um título para o mesmo item.

**3.5.** Não serão considerados os certificados cuja carga horária seja incompatível com o período de realização da atividade.

**3.6.** Não serão consideradas as frações de tempo de serviço inferiores a 01 (um) ano.

**3.7.** Não serão computados os tempos de serviço exercidos simultaneamente.

**3.8.** Todo documento, expedido em língua estrangeira, somente será considerado quando traduzido para a Língua Portuguesa, por tradutor público.

**3.9.** Os documentos de conclusão de curso de graduação ou pós-graduação, expedidos em língua estrangeira, deverão estar revalidados por Instituição de Ensino Superior no Brasil, conforme Art. 48 da Lei nº 9394/96, de Diretrizes e Bases da Educação Nacional.

**3.9.** A Comissão de Avaliação da Prova de Títulos não analisará documentos que não expressem com clareza o objetivo do evento, associado ao cargo/função.

**3.10.** A apresentação de documento que não coadune com a verdade implicará na eliminação do candidato, mediante publicação em edital.

**3.11.** A apresentação de documento com rasuras ou alterações em qualquer informação, se comprovadas, será caracterizado fraude e implicará na eliminação do candidato, mediante publicação em edital.

**3.12.** Os títulos, após sua entrega, não poderão ser substituídos ou devolvidos e não será permitido acrescentar outros títulos aos já entregues.

**3.13.** A nota dos títulos será a soma dos pontos obtidos com a titulação apresentada.

**3.14.** Serão classificados para a fase de entrevistas os 05 (cinco) primeiros classificados para cada cargo/função.

# FUNDAÇÃO DE SAÚDE PÚBLICA DO MUNICÍPIO DE SÃO GABRIEL DO OESTE – MS – FUNSAÚDE

CNPJ 05.301.040/0001-97

Rua: João Evangelista Rosa 1156 – Tel. 067-3295-3206

CEP: 79.490-000

SÃO GABRIEL DO OESTE – MS

**3.15.** O resultado da análise curricular será divulgado através de Edital Específico que será publicado no Diário Oficial dos Municípios do Estado de Mato Grosso do Sul/ASSOMASUL, e disponibilizado nos endereços eletrônicos, [www.saogabriel.ms.gov.br](http://www.saogabriel.ms.gov.br) e, facultativamente, em outros órgãos da imprensa.

**3.16.** Caberá recurso à Comissão Organizadora do Processo Seletivo no prazo de 03 (três) dias após a publicação do resultado.

## 4. DA ENTREVISTA PESSOAL

**4.1.** Serão convocados para a entrevista pessoal os 05 (cinco) primeiros candidatos classificados na fase da análise curricular.

**4.1.2.** A entrevista pessoal terá caráter meramente classificatório, tendo uma pontuação o valor de 0 a 50 pontos.

**4.2.** A entrevista pessoal será realizada no dia, hora e local a ser divulgado através de Edital Específico que será publicado no Diário Oficial dos Municípios do Estado de Mato Grosso do Sul/ASSOMASUL, e disponibilizado nos endereços eletrônicos, [www.saogabriel.ms.gov.br](http://www.saogabriel.ms.gov.br) e, facultativamente, em outros órgãos da imprensa.

**4.3.** Na entrevista serão observadas as seguintes características:

- a) disponibilidade afetiva e emocional;
- b) estabilidade afetiva e emocional;
- c) motivação para a função;
- d) aptidão para trabalhar com o público da área da saúde;
- e) capacidade de lidar com tarefas que exijam iniciativa, decisões conjuntas e pro-atividades;
- f) flexibilidade e tolerância;
- g) capacidade de planejamento, organização e adaptação de rotina diária;
- h) capacidade de interagir nas relações afetivas e com o meio;
- i) capacidade de reconhecer suas próprias limitações e buscar a colaboração de terceiros;
- j) facilidade de compreender e aceitar as limitações do outro;
- k) facilidade de aceitação do novo (informação, orientações, mudanças de rotina, etc.).

**4.4 -** O candidato que não comparecer na Entrevista Pessoal na data, horário e local divulgados estará automaticamente eliminado do Processo Seletivo Simplificado.

**4.4.1 -** Os candidatos selecionados para a Entrevista Pessoal e que não forem convocados para contratação imediata integrarão um cadastro reserva, para futura contratação, caso haja desistência do contratado.

## 5. DO RESULTADO PRELIMINAR

**5.1.** O resultado preliminar será divulgado através de Edital Específico que será publicado no Diário Oficial dos Municípios do Estado de Mato Grosso do Sul/ASSOMASUL, e disponibilizado nos endereços eletrônicos, [www.saogabriel.ms.gov.br](http://www.saogabriel.ms.gov.br) e, facultativamente, em outros órgãos da imprensa.

**5.2.** Caberá recurso à Comissão Organizadora do Processo Seletivo no prazo de 02 (dois) dias após a publicação do resultado.

## 6. DA CLASSIFICAÇÃO FINAL

**6.1.** A classificação final dos candidatos será realizada pela ordem decrescente da Nota Final obtida no Processo Seletivo.

**6.2.** Havendo empate na classificação final serão utilizados os critérios de desempate:

# FUNDAÇÃO DE SAÚDE PÚBLICA DO MUNICÍPIO DE SÃO GABRIEL DO OESTE – MS – FUNSAÚDE

CNPJ 05.301.040/0001-97

Rua: João Evangelista Rosa 1156 – Tel. 067-3295-3206

CEP: 79.490-000

SÃO GABRIEL DO OESTE – MS

- a) Idade mais elevada, desde que o candidato tenha mais de 60 (sessenta) anos conforme determina o Estatuto do Idoso (Lei nº 10.471/2003);
- b) Maior pontuação no item Tempo de Serviço prestado do Poder Público em cargo ou função descrita no ato de inscrição no âmbito da Política de Assistência Social;
- c) Maior pontuação no item Tempo de Serviço prestado do Poder Público em cargo ou função descrita no ato de inscrição (qualquer política pública).

**6.3.** A classificação final do Processo Seletivo Simplificado será homologado pelo Prefeito Municipal de São Gabriel do Oeste//MS e divulgado através de Edital Específico que será publicado no Diário Oficial dos Municípios do Estado de Mato Grosso do Sul/ASSOMASUL, e disponibilizado nos endereços eletrônicos, [www.saogabriel.ms.gov.br](http://www.saogabriel.ms.gov.br) e, facultativamente, em outros órgãos da imprensa.

## 7. DA CONTRATAÇÃO

**7.1.** A contratação terá como fundamento legal o art. 37, inciso IX, da Constituição Federal, regulamentada pela Lei Municipal n. 908/2013 e será efetivada exclusivamente nas hipóteses descritas nessa Lei.

**7.2** O Contrato de trabalho por prazo determinado terá vigência pelo período que permanecerem os motivos da contratação, limitada a 01 (um) ano, mas podendo ser prorrogado por igual período, conforme a necessidade da administração pública, até o máximo de 02 (dois) anos.

**7.2.1.** O contrato de trabalho por prazo determinado poderá ser rescindido antecipadamente desde que cessadas as situações excepcionais e de interesse público que justificaram a contratação, sem direito à indenização.

**7.3** A remuneração será equivalente ao valor inicial previsto para o cargo no qual se inscreveu o candidato, conforme Tabela de Vencimentos e Remuneração do Plano de Cargos da Fundação de Saúde Pública de São Gabriel do Oeste.

**7.4** Quando da convocação o candidato deverá comparecer no local, data e horário estabelecido e divulgado em edital próprio, portando o original e 1 (uma) fotocópia dos seguintes documentos:

- a) Cédula de Identidade /RG;
- b) CPF (regularizado);
- c) título de Eleitor com domicílio em São Gabriel do Oeste, conforme Lei Municipal;
- d) comprovante de votação ou justificativa de ausência na última eleição
- e) CTPS – Carteira de Trabalho Profissional (foto e qualificação civil);
- f) PIS/PASEP;
- g) certidão de nascimento ou casamento;
- h) certidão de nascimento do(s) filho(s);
- i) cartão de vacina do(s) filho(s) (para menores de 14 anos);
- j) declaração da escola, para provar que está matriculado (para menores de 14 anos) (guia original, não precisa cópia);
- k) comprovante de residência (conta de água, luz ou telefone fixo);
- l) 1 (uma) foto 3x4 recente e colorida;
- m) certificado militar se homem (até 31/dezembro do ano em que completar 45 anos – Art. 5º Lei 4375/64);
- n) comprovante de escolaridade exigida para exercício do cargo ou função;
- o) comprovante do tipo sanguíneo;
- p) número de conta bancária no banco determinado pela Prefeitura Municipal;

# FUNDAÇÃO DE SAÚDE PÚBLICA DO MUNICÍPIO DE SÃO GABRIEL DO OESTE – MS – FUNSAÚDE

CNPJ 05.301.040/0001-97

Rua: João Evangelista Rosa 1156 – Tel. 067-3295-3206

CEP: 79.490-000

SÃO GABRIEL DO OESTE – MS

- q) exame admissional;
- r) telefone para contato;
- s) e-mail;

**7.5.** Não será contratado o candidato que:

- a) não possua os requisitos para a contratação;
- b) não tenha interesse pelas vagas ofertadas ou não possa assumi-las por incompatibilidade de horário com outra atividade ou outro cargo deverá assinar documento da desistência.

**7.6** Na ocorrência das hipóteses do item 7.5, será convocado o próximo candidato, conforme a ordem de classificação final do processo seletivo.

**7.6.1** O candidato convocado que não comparecer para apresentação dos documentos ou assinatura no contrato no prazo de 03 (três) dias após a convocação ou manifeste ausência de interesse na contratação, será reclassificado para o final da lista de classificados.

**7.7.** Serão aceitos apenas os documentos entregues pessoalmente ou por meio de procurador. O procurador poderá ser constituído por meio de procuração particular, desde que com reconhecimento de firma em cartório.

**7.8** No ato de sua contratação, o candidato deve preencher Ficha com Declaração de Acúmulo de Cargo, disponível no Departamento de Recursos Humanos da Fundação de Saúde Pública de São Gabriel do Oeste e, havendo a possibilidade de acumulação de cargos, a compatibilidade de horário entre a vaga ofertada com outra atividade é de inteira responsabilidade do contratado.

**7.9.** As atribuições das funções serão conforme estabelecidas no Plano de Cargos e Carreiras da Fundação de Saúde Pública de São Gabriel do Oeste.

## **8. DAS DISPOSIÇÕES FINAIS**

**8.1** O candidato que tiver seu contrato de substituição temporária, findado em decorrência do retorno do servidor efetivo, volta automaticamente para o banco de dados sendo reclassificado no final da lista de classificação.

**8.2** Caso o servidor efetivo em licença ou afastamento legal, prorrogue ou entre em nova licença, será prorrogado o contrato do substituto.

**8.3.** O candidato temporariamente contratado para preenchimento de cargo vago, terá o contrato rescindido antecipadamente após a posse do servidor aprovado em concurso público, sem direito à indenização de qualquer natureza, e retornará para o banco de dados sendo reclassificado no final da lista de classificação.

**8.4** Comprovada, a qualquer tempo, a irregularidade ou falsidade nos documentos apresentados, o candidato será excluído do Processo Seletivo Simplificado, rescindido o contrato e expedido comunicado ao Ministério Público.

**8.5** O candidato não será contratado se tiver se enquadrado em quaisquer das situações abaixo:

**I.** Nos últimos dois anos:

**a)** Demissão ou Exoneração do Serviço Público, após Processo Administrativo, comprovada culpa;

**b)** Rescisão Contratual, após Sindicância;

**II.** Nos últimos 5 (cinco) anos:

**a)** Condenação criminal transitada em julgado.

**8.6** As cópias dos documentos apresentados não serão devolvidas.

# FUNDAÇÃO DE SAÚDE PÚBLICA DO MUNICÍPIO DE SÃO GABRIEL DO OESTE – MS – FUNSAÚDE

CNPJ 05.301.040/0001-97

Rua: João Evangelista Rosa 1156 – Tel. 067-3295-3206

---

CEP: 79.490-000

SÃO GABRIEL DO OESTE – MS

**8.7.** O Processo Seletivo Simplificado, disciplinado por este Edital, terá a validade de um ano a contar de sua homologação, podendo ser prorrogado pelo período máximo de dois anos.

**8.8.** Não havendo candidatos disponíveis para contratação na lista do Processo Seletivo Simplificado, a FUNSAÚDE poderá convocar outros interessados, independente de seleção, de formar a garantir o interesse público e a continuidade dos serviços.

**8.9.** O presente edital poderá ser impugnado no prazo de 24 (vinte e quatro) horas após a sua publicação.

**8.10.** Os casos omissos serão resolvidos Pela Comissão Organizadora do Processo Seletivo Simplificado.

São Gabriel do Oeste, 01 de Março de 2018.

**DULCINEIA APARECIDA MUNHOZ VAL**  
Presidente da FUNSAÚDE

# FUNDAÇÃO DE SAÚDE PÚBLICA DO MUNICÍPIO DE SÃO GABRIEL DO OESTE – MS – FUNSAÚDE

CNPJ 05.301.040/0001-97

Rua: João Evangelista Rosa 1156 – Tel. 067-3295-3206

CEP: 79.490-000

SÃO GABRIEL DO OESTE – MS

## ANEXO I

### CARGOS /ATRIBUIÇÕES ESCOLARIDADE EXIGIDA/SALÁRIO

#### 1. AUXILIAR DE ENFERMAGEM

##### 1.1. Dos requisitos eliminatórios da Função de Enfermagem.

- a) Nível Médio Completo
- b) Curso de Auxiliar de Enfermagem e registro no órgão de classe competente.

##### 1.2. Das Atribuições da Função de Auxiliar de Enfermagem.

Executar os serviços de controles vitais dos pacientes, observando a pulsação e utilizando aparelhos de ausculta e pressão, para registrar anomalias; ministrar medicamentos e tratamentos a pacientes internados, observando horários, posologia e outros dados, atendendo prescrições médicas; fazer curativos simples, utilizando noções de primeiros socorros; preparar pacientes para consultas e exames; auxiliar nas campanhas de saúde pública, na área da educação e serviço social; preparar e esterilizar material e instrumental, ambientes e equipamentos, obedecendo às prescrições e determinações das áreas médicas e odontológicas; registrar as tarefas executadas, as observações e as reações ou alterações importantes, anotando-as no prontuário do paciente; executar atividades de apoio com a arrumação e manutenção da ordem e limpeza nos ambientes de trabalho; realizar resgate e transferência de pacientes; participar de cursos e capacitações relacionadas às atribuições do cargo; executar outras tarefas relacionadas à formação do auxiliar de enfermagem voltadas para o cumprimento das finalidades da Fundação.

##### 1.3. Da Jornada de Trabalho

Carga horária de 44 horas semanais.

##### 1.4. Salário: R\$ 1.476,33

#### 4 ENFERMEIRO.

##### 4.1 Dos requisitos eliminatórios para a Função de Enfermeiro

- a) certificado de conclusão do curso em Enfermagem;
- b) comprovante de registro no respectivo conselho da classe.

##### 4.2 Das Atribuições da Função de Enfermeiro

Compete ao Enfermeiro, planejar as atividades diárias do setor de sob sua responsabilidade ou em que esteja lotado; supervisionar os trabalhos prestados pela equipe de enfermagem; prestar assistência direta a pacientes graves e realizar procedimentos de maior complexidade; padronizar normas e procedimentos de enfermagem e monitorar o processo de trabalho; obedecer às normas técnicas de



# FUNDAÇÃO DE SAÚDE PÚBLICA DO MUNICÍPIO DE SÃO GABRIEL DO OESTE – MS – FUNSAÚDE

CNPJ 05.301.040/0001-97

Rua: João Evangelista Rosa 1156 – Tel. 067-3295-3206

---

CEP: 79.490-000

SÃO GABRIEL DO OESTE – MS

biossegurança na execução de suas atribuições; planejar e colaborar com os programas de capacitação e participar de projetos de pesquisa desenvolvidos pela Fundação; Realizar transferência de pacientes; executar outras tarefas compatíveis com as exigências para o exercício da função; Participar de cursos e capacitações relacionadas às atribuições do cargo; Executar outras tarefas de competência do profissional da enfermagem voltadas para o cumprimento das finalidades da Fundação.

#### **4.3 Da Jornada de Trabalho do Enfermeiro**

Carga horária de 44 horas semanais.

#### **4.4 Salário: R\$ 4.330,62**

# FUNDAÇÃO DE SAÚDE PÚBLICA DO MUNICÍPIO DE SÃO GABRIEL DO OESTE – MS – FUNSAÚDE

CNPJ 05.301.040/0001-97

Rua: João Evangelista Rosa 1156 – Tel. 067-3295-3206

CEP: 79.490-000

SÃO GABRIEL DO OESTE – MS

## ANEXO II

Formulário de Inscrição

Ficha de Inscrição Nº: \_\_\_\_\_

### PROCESSO SELETIVO SIMPLIFICADO I NÚMERO: 01/2018-FUNSAÚDE

Função pretendida: \_\_\_\_\_

Candidato: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_ nº \_\_\_\_\_ Bairro \_\_\_\_\_

Estado: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_ Telefones: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

Data de Nascimento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

Declaro que ao fazer esta inscrição, assumo integral responsabilidade pela minha opção de inscrição, pelas informações aqui prestadas e aceito os termos do Edital que regulamenta o Processo Seletivo Simplificado I e seus anexos.

São Gabriel do Oeste, \_\_\_\_\_ de Março de 2018.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do candidato ou responsável pela inscrição por extenso

-----Recortar Aqui-----



### COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO E ENTREGA DE CURRÍCULO PROCESSO SELETIVO SIMPLIFICADO – Edital n.º 01/2018/FUNSAÚDE

NOME: \_\_\_\_\_

Ficha de Inscrição Nº \_\_\_\_\_

FUNÇÃO: \_\_\_\_\_

Fundação de Saúde Pública do Município de São Gabriel do Oeste

São Gabriel do Oeste, \_\_\_\_\_ de Março de 2018.

Nome do Servidor Responsável: \_\_\_\_\_

Assinatura do Servidor Responsável: \_\_\_\_\_

**FUNDAÇÃO DE SAÚDE PÚBLICA DO MUNICÍPIO DE SÃO  
GABRIEL DO OESTE – MS – FUNSAÚDE**

CNPJ 05.301.040/0001-97

Rua: João Evangelista Rosa 1156 – Tel. 067-3295-3206

CEP: 79.490-000

SÃO GABRIEL DO OESTE – MS

**ANEXO III  
MODELO DE CURRÍCULO**

01 – NOME (sem abreviaturas) \_\_\_\_\_  
02 – ENDEREÇO: \_\_\_\_\_  
03 – CEP: \_\_\_\_\_ 04 – TELEFONE: \_\_\_\_\_ 05 – CELULAR \_\_\_\_\_  
06 – E-MAIL: \_\_\_\_\_  
07 – DATA DE NASCIMENTO: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ 08 – ESTADO CIVIL: \_\_\_\_\_  
09 – SEXO: M ( ) F ( ) 10 – NATURALIDADE: \_\_\_\_\_  
11 – FILIAÇÃO PAI: \_\_\_\_\_ MÃE: \_\_\_\_\_  
12 – IDENTIDADE: \_\_\_\_\_ 13 – ÓRGÃO EXPEDIDOR: \_\_\_\_\_  
14 – CPF: \_\_\_\_\_  
15 – TÍTULO DE ELEITOR: \_\_\_\_\_ ZONA: \_\_\_\_\_ SEÇÃO: \_\_\_\_\_  
16 – PROFISSÃO: \_\_\_\_\_

**II – FORMAÇÃO ESCOLAR OU ACADÊMICA (Nome do Curso, Instituição e ano de conclusão):**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**III – CURSOS DE PÓS-GRADUAÇÃO, MESTRADO, DOUTORADO:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**IV – CAPACIDADE TÉCNICA E EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL:**

Especificar local, duração e resumo das atividades desenvolvidas na área de atuação pretendida dos **últimos 05 (cinco) anos**.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

INSTITUIÇÕES ONDE TRABALHOU: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

CARGOS OCUPADOS, FUNÇÕES EXERCIDAS e respectivos períodos:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**V – PARTICIPAÇÃO EM CONGRESSOS, CONFERÊNCIAS, SEMINÁRIOS, (nos últimos 05 (cinco) anos, com carga horária):**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**FUNDAÇÃO DE SAÚDE PÚBLICA DO MUNICÍPIO DE SÃO  
GABRIEL DO OESTE – MS – FUNSAÚDE**

CNPJ 05.301.040/0001-97

Rua: João Evangelista Rosa 1156 – Tel. 067-3295-3206

CEP: 79.490-000

SÃO GABRIEL DO OESTE – MS

---

---

---

**OS DOCUMENTOS ORIGINAIS COMPROBATÓRIOS DE TODOS OS  
ELEMENTOS DECLARADOS SERÃO APRESENTADOS NA HORA DA EVENTUAL  
CONTRATAÇÃO.**

**DECLARO QUE ASSUMO TOTAL RESPONSABILIDADE PELAS  
INFORMAÇÕES APRESENTADAS NESTE DOCUMENTO.**

São Gabriel do Oeste, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2018.

\_\_\_\_\_  
**ASSINATURA DO CANDIDATO**