



PREFEITURA MUNICIPAL DE BOA VISTA
 Secretaria Municipal de Saúde
 SUPERINTENDÊNCIA ESPECIAL DE GESTÃO DO TRABALHO EM EDUCAÇÃO E SAÚDE
 Rua Coronel Mota, 418 São Pedro CEP 69301120 Boa Vista RR Fone: (95) 36211011 email: gab.saude@pmbv.rr.gov.br

ANEXO IV
PROCESSO SELETIVO SIMPLIFICADO PMBV/SMSA EDITAL N° 001/2019
FORMULÁRIO DE INSCRIÇÃO

INSCRIÇÃO N°: _____ (Reservado à Comissão do Certame)

NOME DO CANDIDATO: _____ DATA DE NASCIMENTO: _____
 ___/___/___

RG: _____ CPF: _____

ENDEREÇO: _____ N° _____

BAIRRO: _____ CIDADE: _____

TEL: _____ E-MAIL: _____

CANDIDATO AO CARGO/FUNÇÃO: _____ (Conforme Anexo I)

PESSOA COM DEFICIÊNCIA: () NÃO () SIM

Assinale com um X os documentos contidos no envelope: (marcação obrigatória)

- () Cópia simples do RG ou outro documento oficial com foto;
- () Cópia simples do CPF;
- () Cópia simples do Comprovante de Residência (atual até 60 dias);
- () Cópia simples do Título de Eleitor e comprovante da última votação ou Certidão de Quitação Eleitoral;
- () Cópia simples do Certificado de Reservista, quando do sexo masculino;
- () Cópia simples do Comprovante de Escolaridade em conformidade com a habilitação exigida;
- () Curriculum Vitae;
- () Comprovante de Registro no Conselho Profissional e RE (Registro de Especialidade), conforme a área de atuação;
- () Comprovante de Regularidade do respectivo Conselho de classe;
- () Comprovação de experiência profissional e os títulos;
- () Instrumento procuratório específico, com firma reconhecida em cartório, se candidato inscrito por meio de procurador, bem como cópia simples do documento de identidade do procurador;
- () Formulário de inscrição devidamente preenchido e assinado;
- () Anexo V, devidamente preenchido e assinado;
- () Anexo VI, devidamente preenchido e assinado.

 Assinatura do Candidato





PREFEITURA MUNICIPAL DE BOA VISTA
Secretaria Municipal de Saúde
SUPERINTENDÊNCIA ESPECIAL DE GESTÃO DO TRABALHO EM EDUCAÇÃO E SAÚDE
Rua Coronel Mota, 418 São Pedro CEP 69301120 Boa Vista RR Fone: (95) 36211011 email: gab.saude@pmbv.rr.gov.br

ANEXO V

DECLARAÇÃO

Atesto sob as penas da lei, serem verdadeiras todas as informações prestadas no Formulário de Inscrição do Processo Seletivo Simplificado Edital nº 001/2019 – PMBV/SMSA, bem como a veracidade dos documentos entregues, estando de acordo com as normas do referido Processo Seletivo. Declaro ainda, ter conhecimento das exigências mínimas previstas no Edital que regulamenta o processo, e que aceito e atendo a todos os requisitos mínimos e condições estabelecidas para o exercício do cargo, comprometendo-me, ainda, a sua devida comprovação, quando exigida.

Boa Vista -RR, _____ de _____ 2019.

Assinatura do Candidato





PREFEITURA MUNICIPAL DE BOA VISTA
Secretaria Municipal de Saúde
SUPERINTENDÊNCIA ESPECIAL DE GESTÃO DO TRABALHO EM EDUCAÇÃO E SAÚDE
Rua Coronel Mota, 418 São Pedro CEP 69301120 Boa Vista RR Fone: (95) 36211011 email: gab.saude@pmbv.rr.gov.br

ANEXO VI

DECLARAÇÃO DE NÃO IMPEDIMENTO

Eu, _____, candidato ao Processo Seletivo Simplificado nº 001/2019-PMBV/SMSA, para prestação de serviço – pessoa física, declaro para os devidos fins não possuir nenhum fato que possa me impossibilitar de cumprir integralmente o contrato de trabalho a ser firmado.

Boa Vista-RR, ____ de _____ de 2019.

Assinatura do Candidato





PREFEITURA MUNICIPAL DE BOA VISTA
 Secretaria Municipal de Saúde
 SUPERINTENDÊNCIA ESPECIAL DE GESTÃO DO TRABALHO EM EDUCAÇÃO E SAÚDE
 Rua Coronel Mota, 418 São Pedro CEP 69301120 Boa Vista RR Fone: (95) 36211011 email: gab.saude@pmbv.rr.gov.br

ANEXO VIII

IDENTIFICAÇÃO DO ENVELOPE/PROTOCOLO

PROCESSO SELETIVO SIMPLIFICADO EDITAL N° 001/2019 – SMSA/PMBV

IDENTIFICAÇÃO DO ENVELOPE

PROCESSO SELETIVO SIMPLIFICADO EDITAL N° 001/2019 – PMBV/SMSA
 IDENTIFICAÇÃO DO ENVELOPE

Nome do Candidato: _____
 CPF: _____ - _____
 Cargo: _____ (conforme ANEXO I)

A Parte acima deverá ser recortada na área pontilhada e COLADA na parte externa do envelope.



PROCESSO SELETIVO SIMPLIFICADO EDITAL N° 001/2019 – PMBV/SMSA
 IDENTIFICAÇÃO DO ENVELOPE

Nome do Candidato: _____
 CPF: _____ - _____
 Cargo: _____ (conforme ANEXO I)
 Data ____ / ____ / ____ Hora: ____ : ____

Responsável pelo recebimento

Servidor (a): _____

Matrícula: _____

A Parte de baixo deverá ser recortada na área pontilhada e servirá como comprovante de entrega do envelope. O Protocolo somente será válido mediante assinatura e matrícula do servidor que receber o envelope de inscrição.

