



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPO MAGRO
ESTADO DO PARANÁ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

ANEXO III
FORMULÁRIO PARA AVALIAÇÃO DE TÍTULOS – ENFERMEIRO, MÉDICO DA FAMÍLIA, MÉDICO GINECOLOGISTA OBSTETRA, MÉDICO PSIQUIATRA

IDENTIFICAÇÃO	
Cargo pretendido:	
Nome completo:	
Data de nascimento:	Idade:
Naturalidade:	
Nacionalidade:	
Estado Civil:	
Endereço atual:	
Telefones de contato:	
E-mail:	
DOCUMENTAÇÃO	
RG:	
CPF:	
Certificado de Reservista (quando do sexo masculino):	
Número do Conselho de Classe - PR:	
GRADUAÇÃO	
Local:	
Curso:	
Ano de conclusão:	
EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL	
1) Local:	
Data admissão:	
Cargo ou função:	
Tempo de serviço:	
2) Local:	
Data admissão:	
Cargo ou função:	
Tempo de serviço:	



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPO MAGRO
ESTADO DO PARANÁ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

3) Local:
Data admissão:
Cargo ou função:
Tempo de serviço:
4) Local:
Data admissão:
Cargo ou função:
Tempo de serviço:
PÓS-GRADUAÇÃO
Curso:
Data de conclusão:
Curso:
Data de conclusão:
RESIDÊNCIA PROFISSIONAL
Curso:
Data de conclusão:
Curso:
Data de conclusão:
CURSOS DE ATUALIZAÇÃO - carga horária igual ou acima de 20h nos últimos 3 (três) anos
Curso:
Carga horária:
Data:
Curso:
Carga horária:
Data:



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPO MAGRO
ESTADO DO PARANÁ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Curso:
Carga horária:
Data:
Curso:
Carga horária:
Data:
TERMO DE RESPONSABILIDADE
<p>Eu, _____ CPF: _____,</p> <p>declaro para fins de contrato pelo edital PSPS nº 01/2021, da Prefeitura Municipal de Campo Magro que tem como objetivo de complementação da força de trabalho no atendimento direto aos pacientes que inclusive poderão ser suspeitos ou confirmados de coronavírus – COVID 19, que não pertenço ao grupo de pessoas consideradas vulneráveis frente ao novo coronavírus, conforme a seguir:</p> <ul style="list-style-type: none">• Possuir idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos, e nem completar 60 (sessenta) anos até um ano após a data de homologação do processo seletivo;• Diabético insulino dependente;• Portador de Insuficiência renal crônica;• Possuir doença pulmonar crônica grave;• Doenças cardíacas graves;• Hipertensão arterial sistêmica severa;• Imunossupressão;• Obesidade com IMC igual ou superior a 40;• Cirrose ou insuficiência hepática;• Gestante;• Qualquer outra condição de saúde que impeça o atendimento direto aos pacientes suspeitos ou com confirmação de COVID-19. <p>Declaro estar ciente de que a falsidade nas informações acima implicará nas penalidades cabíveis, no Artigo 299 do Código Penal.</p>

DAS INFORMAÇÕES CONTIDAS NO FORMULÁRIO, DEVERÃO SER ANEXADAS, IMPRETERIVELMENTE, AS CÓPIAS DOS DOCUMENTOS COMPROBATÓRIOS, SENDO QUE, OS DOCUMENTOS ORIGINAIS DEVERÃO SER APRESENTADOS NO MOMENTO DA CONTRATAÇÃO.