



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

**ANEXO I**

**FICHA DE INSCRIÇÃO – MÉDICO DA FAMÍLIA**

<b>IDENTIFICAÇÃO</b>	
<b>Cargo pretendido:</b>	
<b>Nome completo:</b>	
<b>Data de nascimento:</b>	
<b>Idade:</b>	
<b>Naturalidade:</b>	
<b>Nacionalidade:</b>	
<b>Estado Civil:</b>	
<b>Endereço atual:</b>	
<b>Telefones de contato:</b>	
<b>E-mail:</b>	
<b>DOCUMENTAÇÃO</b>	
<b>RG:</b>	
<b>CPF:</b>	
<b>Certificado de Reservista (quando do sexo masculino):</b>	
<b>Número do Conselho de Classe - PR:</b>	
<b>GRADUAÇÃO</b>	
<b>Local:</b>	
<b>Curso:</b>	
<b>Ano de conclusão:</b>	
<b>EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL</b>	
<b>1) Local:</b>	
<b>Data admissão:</b>	
<b>Cargo ou função:</b>	
<b>Tempo de serviço:</b>	
<b>2) Local:</b>	
<b>Data admissão:</b>	
<b>Cargo ou função:</b>	
<b>Tempo de serviço:</b>	
<b>3) Local:</b>	
<b>Data admissão:</b>	
<b>Cargo ou função:</b>	
<b>Tempo de serviço:</b>	
<b>4) Local:</b>	
<b>Data admissão:</b>	
<b>Cargo ou função:</b>	
<b>Tempo de serviço:</b>	
<b>PÓS-GRADUAÇÃO (especialização/mestrado/doutorado)</b>	
<b>Curso:</b>	
<b>Data de conclusão:</b>	
<b>Curso:</b>	
<b>Data de conclusão:</b>	



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

<b>RESIDÊNCIA PROFISSIONAL</b>
<b>Curso:</b>
<b>Data de conclusão:</b>
<b>Curso:</b>
<b>Data de conclusão:</b>
<b>INFORMAÇÕES ADICIONAIS</b>
<b>TERMO DE RESPONSABILIDADE</b>
<p>Eu, _____ CPF: _____,</p> <p>declaro para fins de contrato pelo edital PSS nº 01/2022, 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"><li>• 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;</li><li>• Diabético insulino dependente;</li><li>• Portador de Insuficiência renal crônica;</li><li>• Possuir doença pulmonar crônica grave;</li><li>• Doenças cardíacas graves;</li><li>• Hipertensão arterial sistêmica severa;</li><li>• Imunossupressão;</li><li>• Obesidade com IMC igual ou superior a 40;</li><li>• Cirrose ou insuficiência hepática;</li><li>• Gestante;</li><li>• Qualquer outra condição de saúde que impeça o atendimento direto aos pacientes suspeitos ou com confirmação de COVID-19.</li></ul> <p>Declaro estar ciente de que a falsidade nas informações acima implicará nas penalidades cabíveis, no Artigo 299 do Código Penal.</p> <p style="text-align: center;">_____</p> <p style="text-align: center;"><b>Assinatura do Candidato</b></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 INSCRIÇÃO AO SETOR DE PROTOCOLO.**