

## ATO ADMINISTRATIVO Nº 04/2022

### CONVOCAÇÃO PARA ADMISSÃO DOS EMPREGADOS PÚBLICOS

CONCURSO PÚBLICO DESTINADO À CONTRATAÇÃO DE EMPREGADOS E FORMAÇÃO DE CADASTRO RESERVA PARA O QUADRO DE FUNCIONÁRIOS DA FUNDAÇÃO ESTATAL DE SAÚDE DE NITERÓI

A Diretora Geral da Fundação Estatal de Saúde de Niterói - FeSaúde, no uso de suas atribuições legais e considerando a homologação do resultado do Concurso Público Nº 01/2020, destinado à contratação de empregados e formação de cadastro reserva para o Quadro de Funcionários da Fundação Estatal de Saúde de Niterói, que será regido pela legislação pertinente e mediante as normas regulamentares estabelecidas nesta convocação, seus Anexos, eventuais retificações e outros atos, torna pública a Convocação dos Candidatos classificados com vistas à admissão, observadas as seguintes condições.

#### 1. DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO (VIA REMOTA)

**1.1.** Os documentos para admissão deverão ser enviados, no formato PDF, para o e-mail [cadastro@fesaude.niteroi.rj.gov.br](mailto:cadastro@fesaude.niteroi.rj.gov.br), até 02 (dois) dias antes da data agendada para admissão, conforme disposto no **Anexo I**;

**1.2.** Lista de documentos para admissão (envio por e-mail):

| DOCUMENTOS EXIGIDOS   |
|---|
| Cópia da Certidão de Nascimento ou Casamento  |
| Cópia do diploma de conclusão do curso (todos os comprovantes de escolaridade deverão ser fornecidos por Instituição de Ensino reconhecida pelo MEC). |
| Cópia do RG   |
| Cópia do Cartão CPF   |
| Cópia do Certificado de Reservista  |
| Cópia do Título de Eleitor  |
| Carteira de Trabalho e Prev. Social (Original) e cópia (frente, qualificação civil e último registro com baixa)                                       |
| PIS – Apresentação da Inscrição   |
| Cópia do Comprovante de Residência de água, luz, gás, telefone * emissão inferior a 90 dias   |
| Cópia do Registro do Conselho Profissional  |
| Cópia do Comprovante de pagamento do Conselho Profissional (ano vigente).   |
| Certidão Negativa emitida pelo conselho profissional  |
| 1 foto 3x4 para crachá - versão digital (.jpg)  |
| CNIS (exigido para Agentes Comunitários de Saúde)   |
| Certidão Negativa de Improbidade Administrativa   |

|   |
|---|
| <a href="https://www.cnj.jus.br/improbidade_adm/consultar_requerido.php">https://www.cnj.jus.br/improbidade_adm/consultar_requerido.php</a>   |
| Extrato completo da Declaração do IRRF (ano anterior)   |
| Certidão impressa de regularidade no e-social:<br><a href="http://consultacadastral.inss.gov.br/Esocial/pages/index.xhtml">http://consultacadastral.inss.gov.br/Esocial/pages/index.xhtml</a>   |
| Caso acuse divergências, fazer a gentileza de procurar o órgão informado para regularização. Só será aceita a consulta impressa sem divergências. Salvo o caso de primeiro emprego, pois para estes a FeSaúde fará o cadastramento do PIS e emitirá a certidão      |
| Certidão de Regularidade CPF (site da Site da Receita Federal)<br><a href="https://servicos.receita.fazenda.gov.br/servicos/cpf/consultasituacao/consultapublica.asp">https://servicos.receita.fazenda.gov.br/servicos/cpf/consultasituacao/consultapublica.asp</a> |
| Certidão de Regularidade TRE (site TRE)<br><a href="https://www.tse.jus.br/eleitor/titulo-e-local-de-votacao/copy_of_consulta-por-nome">https://www.tse.jus.br/eleitor/titulo-e-local-de-votacao/copy_of_consulta-por-nome</a>                                      |
| Solicitação de Vale Transporte (Formulário – Anexo II)  |
| Cópia Caderneta ou atestado de vacinação do profissional, com os registros das seguintes vacinas:<br>Dupla – Tétano e Difteria, Hepatite B, Covid-19  |
| Ficha Cadastral preenchida e assinada (Formulário – Anexo II)   |
| <b>DEPENDENTES</b>  |
| Cópia da Certidão de Nascimento (filhos até 14 anos)  |
| Cópia da Caderneta de Vacinação (filhos até 06 anos)  |
| Comprovante de escolaridade (filhos até 14 anos)  |
| Cópia da frequência escolar (filhos a partir de 6 anos)   |
| Cópia do CPF de todos os dependentes (obrigatório)  |

**1.3.** O envio dos documentos deve ser realizado, preferencialmente, em uma única vez, ou seja, que no mesmo email de envio estejam concentrados todos os documentos exigidos no Item 1.2 e os Formulários preenchidos, conforme modelos disponibilizados no **Anexo II**.

## **2. DO LOCAL DE REALIZAÇÃO DA ADMISSÃO**

**2.1.** O processo de admissão dos candidatos será realizado na Rua Santa Clara, 102 – Ponta da Areia – Niterói/RJ.

## **3. DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO PRESENCIAL E EXAME MÉDICO ADMISSIONAL**

**3.1.** Os candidatos deverão comparecer no dia e hora agendados, conforme disposto no **Anexo I**, para apresentação dos documentos originais e cópias listados no item 1.2 e realização do exame médico admissional;

**3.2.** Nesta etapa de validação, não serão recebidos documentos de forma parcial, sendo que a falta de qualquer documento impedirá o candidato de realizar o exame clínico admissional.

## **4. DA ESCOLHA DA LOTAÇÃO**

**4.1.** A escolha da lotação será por ordem de convocação;

4.1.1. A ordem de convocação considera a classificação dos candidatos aprovados para as vagas de ampla concorrência (AC), vagas reservadas para pessoas pretas ou pardas (PPP) e vagas reservadas para pessoas com deficiência (PCD);

4.2. Os locais de trabalho com vagas disponíveis serão informados no dia da entrega da documentação.

## **5. DAS DISPOSIÇÕES FINAIS:**

5.1. O não comparecimento no prazo estipulado implicará a renúncia tácita do candidato convocado e, conseqüentemente, a perda do direito à admissão para o emprego para o qual foi aprovado, podendo a FeSaúde convocar o candidato imediatamente posterior, obedecendo a ordem de classificação.

5.2. A remarcação do dia para entrega de documentos será realizada somente mediante apresentação de atestado médico ou teste de Covid positivo, que impossibilite o comparecimento na data estabelecida nesta convocação;

5.3. A solicitação de remarcação deverá ser enviada para o e-mail [cadastro@fesaude.niteroi.rj.gov.br](mailto:cadastro@fesaude.niteroi.rj.gov.br) no mesmo dia definido para entrega de documentos, conforme no Anexo I;

5.4. O procedimento admissional será presencial, individual e intransferível;

5.5. A Fundação Estatal de Saúde de Niterói - FeSaúde se reserva o direito de proceder às convocações para as contratações por etapas, em número que atenda aos interesses e às necessidades da FeSaúde, observada a classificação final e a validade do Concurso.

a) Os Candidatos que não foram classificados dentro do número de vagas ofertadas nos quadros de vagas, formarão Cadastro de Reserva durante a validade do Concurso e, no caso de surgimento de novas vagas, poderão ser convocados pela FeSaúde, para realizar os procedimentos relativos à contratação.

b) O Candidato aprovado que, regularmente convocado, segundo a ordem de classificação final, não comparecer ao endereço indicado e na data marcada pela Fesaúde, para efetivação da contratação, será automaticamente eliminado do Concurso.

c) Visando à minimização de riscos referentes à COVID19, nos dias que acontecerão a etapa de exame médico clínico admissional e validação de documentação, é obrigatória a utilização de máscaras faciais de tecido ou cirúrgicas (três camadas) durante todo o tempo de permanência no local. É recomendado, ainda, levar garrafa com água, levar caneta esferográfica para assinatura da lista de presença, evitando o intercâmbio de materiais com outras pessoas, e portar frasco com álcool 70%.

d) Os casos omissos e situações não previstas nesta convocação serão avaliados pela Fundação Estatal de Saúde de Niterói.



Niterói, 08 de abril de 2022.

***Anamaria Carvalho Schneider***

***Diretora Geral na Fundação Estatal de Saúde de Niterói***

**ANEXO I**

**CANDIDATOS CONVOCADOS PARA ADMISSÃO (DIA E HORA)**

**LOCAL: Rua Santa Clara, Nº 102 – Ponta da Areia – Niterói/RJ**

| QUADRO | EMPREGO                  | ORDEM DE CONVOCAÇÃO | CADASTRO UTILIZADO | INSCRICAO  | NOME  | DATA       | HORA  |
|--------|--------------------------|---------------------|--------------------|------------|---|------------|-------|
| CnR    | Enfermeiro               | 2                   | AC                 | 4136332376 | HELOISA HELENA PINTO FERREIRA               | 14/04/2022 | 10:00 |
| CnR    | Cirurgião dentista       | 2                   | AC                 | 4126171502 | ALEXANDRE TEIXEIRA TRINO                    | 14/04/2022 | 10:00 |
| CnR    | Auxiliar de Saúde Bucal  | 2                   | AC                 | 6112134788 | LUCAS SOARES SANTOS                         | 14/04/2022 | 10:00 |
| NASF   | Farmacêutico             | 2                   | AC                 | 4226102082 | FLAVIA SILVA LANES                          | 14/04/2022 | 10:00 |
| NASF   | Farmacêutico             | 3                   | AC                 | 4226118287 | RAI MARTINS MELO                            | 14/04/2022 | 10:00 |
| NASF   | Assistente Social        | 3                   | PP                 | 4216118469 | AGATHA TAYLLINN CAMILO FORTES DO NASCIMENTO | 14/04/2022 | 10:00 |
| NASF   | Assistente Social        | 4                   | AC                 | 4216136112 | TAINA PENTEADO DOS SANTOS                   | 14/04/2022 | 10:00 |
| NASF   | Terapeuta Ocupacional    | 4                   | AC                 | 4306087842 | AMANDA ALVES MEDEIROS                       | 14/04/2022 | 10:00 |
| NASF   | Terapeuta Ocupacional    | 5                   | AC                 | 4306267959 | TALITA SILVERIO DE SOUZA SILVA              | 14/04/2022 | 10:00 |
| NASF   | Médico Pediatra          | 4                   | AC                 | 4276054651 | ELIZABETH PEIXOTO MOUZINHO                  | 14/04/2022 | 10:00 |
| RAPS   | Médico Psiquiatra        | 14                  | AC                 | 4576240664 | ROMINA PAZ CONTRERAS BOCAZ                  | 14/04/2022 | 10:00 |
| RAPS   | Médico Psiquiatra        | 15                  | AC                 | 4576112489 | JESSICA AVILA DE ALMEIDA                    | 14/04/2022 | 10:00 |
| RAPS   | Médico Psiquiatra        | 16                  | AC                 | 4576297356 | GEORGIA RIBEIRO DE MASCARENHAS              | 14/04/2022 | 10:00 |
| RAPS   | Enfermeiro               | 13                  | PP                 | 4536253192 | GABRIELA NASCIMENTO CELESTINO               | 14/04/2022 | 10:00 |
| RAPS   | Enfermeiro               | 14                  | AC                 | 4536076257 | LAIS DE MELLO SANTOS                        | 14/04/2022 | 10:00 |
| RAPS   | Cuidador em Saúde Mental | 57                  | PP                 | 6412152247 | VILLIAM SILVA GOMES DE CARVALHO             | 14/04/2022 | 11:00 |
| RAPS   | Cuidador em Saúde Mental | 58                  | AC                 | 6412148947 | LAURA CRISTINA FONSECA DE MIRANDA           | 14/04/2022 | 11:00 |
| RAPS   | Cuidador em Saúde Mental | 59                  | AC                 | 6412139415 | LIGIA MARTINS DOS SANTOS                    | 14/04/2022 | 11:00 |
| RAPS   | Cuidador em Saúde Mental | 60                  | AC                 | 6412139829 | KAYLA ALCANTARA COSTA                       | 14/04/2022 | 11:00 |
| RAPS   | Cuidador em Saúde Mental | 61                  | PP                 | 6412148131 | TALIB DA SILVA GOMES                        | 14/04/2022 | 11:00 |

|      |                          |     |     |            |                                       |            |       |
|------|--------------------------|-----|-----|------------|---------------------------------------|------------|-------|
| RAPS | Cuidador em Saúde Mental | 62  | AC  | 6412140775 | ALEXANDRA DIAS RANGEL LEITE           | 14/04/2022 | 11:00 |
| PMF  | Técnico de Enfermagem    | 118 | AC  | 5035084362 | MARCELLE WIRTZ MACHADO                | 14/04/2022 | 11:00 |
| PMF  | Técnico de Enfermagem    | 119 | AC  | 5035033545 | EUNICE MARIA PEREIRA CORTES           | 14/04/2022 | 11:00 |
| PMF  | Técnico de Enfermagem    | 120 | AC  | 5035256587 | JOHN LUCAS MENEZES DO NASCIMENTO      | 14/04/2022 | 11:00 |
| PMF  | Técnico de Enfermagem    | 121 | PP  | 5035477430 | RICARDO OLIVEIRA PEREIRA              | 14/04/2022 | 11:00 |
| PMF  | Técnico de Enfermagem    | 122 | AC  | 5035304516 | LUCI MARY LACERDA DA SILVA            | 14/04/2022 | 11:00 |
| PMF  | Técnico de Enfermagem    | 123 | AC  | 5035096389 | NATHALIA VASCONCELLOS MEDINA          | 14/04/2022 | 11:00 |
| PMF  | Técnico de Enfermagem    | 124 | AC  | 5035285514 | BARBARA PINHEIRO FIGUEIREDO DE AGUIAR | 14/04/2022 | 11:00 |
| PMF  | Técnico de Enfermagem    | 125 | PP  | 5035291719 | NANCY DUARTE DE ALMEIDA               | 14/04/2022 | 11:00 |
| PMF  | Técnico de Enfermagem    | 126 | AC  | 5035345481 | LUCIANA SERPA DE BARROS               | 14/04/2022 | 12:00 |
| PMF  | Técnico de Enfermagem    | 127 | AC  | 5035384750 | JACOB PEREIRA ANTUNES                 | 14/04/2022 | 12:00 |
| PMF  | Enfermeiro               | 123 | AC  | 4026051415 | PRISCILLA DA SILVA VIANNA SANTANA     | 14/04/2022 | 12:00 |
| PMF  | Enfermeiro               | 124 | PP  | 4026243460 | MARIANA ANDREA SANABIO FERREIRA       | 14/04/2022 | 12:00 |
| PMF  | Enfermeiro               | 125 | AC  | 4026141715 | MARTA SCHMITT MOREIRA                 | 14/04/2022 | 12:00 |
| PMF  | Enfermeiro               | 126 | AC  | 4026082490 | PRISCILA LUSTOZA SOARES DE ASSIS      | 14/04/2022 | 12:00 |
| PMF  | Enfermeiro               | 127 | AC  | 4026113976 | WELITON RAMOS DE SOUZA JUNIOR         | 14/04/2022 | 12:00 |
| PMF  | Enfermeiro               | 128 | PP  | 4026419590 | CAROLINA DE SOUZA SILVA               | 14/04/2022 | 12:00 |
| PMF  | Enfermeiro               | 129 | AC  | 4026244282 | ELILIAN OLIVEIRA PEREIRA              | 14/04/2022 | 12:00 |
| PMF  | Enfermeiro               | 130 | AC  | 4026000258 | MARIANA FERREIRA NASCIMENTO GASPAR    | 14/04/2022 | 12:00 |
| PMF  | Enfermeiro               | 131 | PCD | 4026111239 | ELAINE CRISTINA DE PAULA              | 14/04/2022 | 12:00 |
| PMF  | Enfermeiro               | 132 | AC  | 4026268666 | JOANA MENDES DE MELO                  | 14/04/2022 | 12:00 |
| PMF  | Enfermeiro               | 133 | AC  | 4026046317 | RAFAELLE JAME DE OLIVEIRA             | 14/04/2022 | 12:00 |
| PMF  | Enfermeiro               | 134 | PP  | 4026372649 | ELIANE BORGES DA SILVA                | 14/04/2022 | 12:00 |
| PMF  | Enfermeiro               | 135 | AC  | 4026239732 | PAMELA COSTA PINTO DOS SANTOS         | 14/04/2022 | 13:00 |
| PMF  | Enfermeiro               | 136 | AC  | 4026395720 | PRISCILA GOMES DA SILVA RABELO        | 14/04/2022 | 13:00 |
| PMF  | Enfermeiro               | 137 | AC  | 4026271601 | PATRICIA LOPES DA SILVA               | 14/04/2022 | 13:00 |
| PMF  | Cirurgião-Dentista       | 27  | PP  | 4016027646 | YASMIM ALVES GONCALO                  | 14/04/2022 | 13:00 |

|     |                         |    |    |            |                                    |            |       |
|-----|-------------------------|----|----|------------|------------------------------------|------------|-------|
| PMF | Cirurgião-Dentista      | 28 | AC | 4016158720 | MOARA BARBOSA DE SOUZA             | 14/04/2022 | 13:00 |
| PMF | Cirurgião-Dentista      | 29 | AC | 4016037172 | ROBERTA FURTADO ALEXANDRE          | 14/04/2022 | 13:00 |
| PMF | Cirurgião-Dentista      | 30 | AC | 4016007270 | AMANDA PAULA SILVEIRA DA GAMA      | 14/04/2022 | 13:00 |
| PMF | Cirurgião-Dentista      | 31 | AC | 4016006123 | ANDRE LUIZ BERGAMO                 | 14/04/2022 | 13:00 |
| PMF | Auxiliar de Saúde Bucal | 22 | AC | 6022051651 | BRENDA CAROLINA AQUINO DOS SANTOS  | 14/04/2022 | 13:00 |
| PMF | Auxiliar de Saúde Bucal | 23 | AC | 6022008678 | ALEXANDRA ANDREA SOARES DE AZEVEDO | 14/04/2022 | 13:00 |
| PMF | Auxiliar de Saúde Bucal | 24 | PP | 6022112065 | VIVIANE BARBOSA PEREIRA            | 14/04/2022 | 13:00 |
| PMF | Auxiliar de Saúde Bucal | 25 | AC | 6022022533 | ALINE CAMPOS GOMES                 | 14/04/2022 | 13:00 |
| PMF | Auxiliar de Saúde Bucal | 26 | AC | 6022017825 | JANAINA DA SILVA SIQUEIRA          | 14/04/2022 | 13:00 |



## ANEXO II

## FORMULÁRIOS

## **FORMULÁRIO PARA SOLICITAÇÃO DE VALE TRANSPORTE**

Empresa: Fundação Estatal de Saúde - Niterói.

Unidade de Lotação: \_\_\_\_\_ Centro de Custo: \_\_\_\_\_

### **DADOS DO FUNCIONÁRIO**

Empregado: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_ Município: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_

CEP: \_\_\_\_\_

**Opção de Vale Transporte: Sim ( ) Não ( )**

**Vale Transporte (Preencher somente se marcou a opção "SIM").**

Nº. Conduções Casa para Trabalho: ( ) Metrô ( ) Ônibus Municipal ( ) Ônibus Inter. ( ) Barca ( ) Trem

Nº. Conduções Trabalho para Casa: ( ) Metrô ( ) Ônibus Municipal ( ) Ônibus Inter. ( ) Barca ( ) Trem

Valor das Conduções R\$: Metrô \_\_\_\_\_ Ônibus Municipal \_\_\_\_\_ Ônibus Inter. \_\_\_\_\_

Cidade utilizada o ônibus Municipal: \_\_\_\_\_

Linha de ônibus utilizada no percurso: \_\_\_\_\_

### **DECLARAÇÃO DO FUNCIONÁRIO**

( ) - Autorizo a empresa a descontar até o limite de 6% do meu salário básico mensal, destinado a cobrir o fornecimento de vales transporte por mim utilizados.

( ) - Declaro que as linhas acima discriminadas são as mais adequadas ao trajeto residência/trabalho e vice versa, sendo verdadeiras e atuais as informações acima.

A declaração falsa ou o uso indevido do benefício caracteriza a rescisão do contrato individual de trabalho por justa causa, ato de improbidade, conforme art. 482 da CLT.

Em: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

**FORMULÁRIO ADMISSIONAL**

**DECLARAÇÃO DE CARGOS/ EMPREGOS OU FUNÇÕES**

|                          |  |
|--------------------------|--|
| <b>NOME:</b>             |  |
| <b>NOME PARA CRACHÁ:</b> |  |

|             |  |                            |  |
|-------------|--|----------------------------|--|
| <b>CPF:</b> |  | <b>DATA DE NASCIMENTO:</b> |  |
|-------------|--|----------------------------|--|

**Cargo que ocupa na FeSaúde:**

\_\_\_\_\_

DECLARO, sob pena de responsabilidade, para fins de acumulação remunerada que:

( ) Não exerço ( ) Exerço ( ) Outro Cargo ( ) Emprego ( ) Função Pública

Os Campos abaixo somente deverão ser preenchidos no caso do declarante ocupar outro cargo, emprego ou função pública

**1. Identificação da Instituição em que exerce a outra atividade.**

Nome/Unidade: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_\_

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

Cargo/Emprego/Função: \_\_\_\_\_

Regime Jurídico: \_\_\_\_\_

**2. Carga Horária em que exerce a outra atividade:**

Dia e horário trabalhado: \_\_\_\_\_

Carga horária semanal: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura

## FICHA CADASTRAL

|   |               |                        |                           |          |        |            |     |
|---|---------------|------------------------|---------------------------|----------|--------|------------|-----|
| Vaga/Cargo:   |               | Carga Horária Semanal: |                           |          |        |            |     |
| Setor/Unidade de Lotação:   |               | Centro de Custo:       |                           |          |        |            |     |
| <b>Dados do Candidato</b>   |               |                        |                           |          |        |            |     |
| Nome:   |               |                        |                           |          |        |            |     |
| Nome Social:  |               |                        |                           |          |        |            |     |
| Identidade de Gênero:   |               |                        |                           |          |        |            |     |
| Qual é a sua cor ou raça:   |               |                        |                           |          |        |            |     |
| Nacionalidade:  | Naturalidade: | Data de Nascimento:    |                           |          |        |            |     |
| RG:   | Órgão Emisor: | Data de emissão        |                           |          |        |            |     |
| CPF:  | PIS:          | Titulo de eleitor      |                           |          |        |            |     |
| CTPS:   | Serie/UF      | Data emissao:          |                           |          |        |            |     |
| Banco:  | Agência:      | Conta corrente:        |                           |          |        |            |     |
| Obs: As informações bancárias precisam ser do próprio candidato, e só pode ser conta corrente.  |               |                        |                           |          |        |            |     |
| Declaração de IR: ( ) Sim ( ) Não - Nº de Dependentes:  |               |                        |                           |          |        |            |     |
| Nome do Pai:  |               |                        |                           |          |        |            |     |
| Nome da mãe:  |               |                        |                           |          |        |            |     |
| Você é uma Pessoa com Deficiência?  | Não ( )       | Sim ( )                | Qual é a sua deficiência: |          |        |            |     |
| Você necessita de alguma tecnologia assistiva para apoiar o seu processo de trabalho? Por exemplo, se a deficiência for visual - teclado em braille, programa leitor de tela, por exemplo. Se sim, descreva quais, por favor: |               |                        |                           |          |        |            |     |
| <b>Endereço</b>   |               |                        |                           |          |        |            |     |
| Rua:  |               |                        |                           |          |        |            |     |
| Número:   | Bairro:       | CEP:                   |                           |          |        |            |     |
| E-mail:   |               |                        |                           |          |        |            |     |
| Telefones:  |               |                        |                           |          |        |            |     |
| <b>Vestuário</b>  |               |                        |                           |          |        |            |     |
| <b>Blusa</b>  | P ( )         | M ( )                  | G ( )                     | GG ( )   | XG ( ) | Calçado nº |     |
| <b>Calça</b>  | P ( )         | M ( )                  | G ( )                     | GG ( )   | XG ( ) | Obs:       |     |
| <b>Escolaridade</b>   |               |                        |                           |          |        |            |     |
| Ensino Fundamental  |               |                        |                           | Completo | ( )    | Incompleto | ( ) |
| Ensino Médio  |               |                        |                           | Completo | ( )    | Incompleto | ( ) |
| Ensino Superior   |               |                        |                           | Completo | ( )    | Incompleto | ( ) |
| Pós Graduação   |               |                        |                           | Completo | ( )    | Incompleto | ( ) |
| Mestrado ( ) Acadêmico - ( ) Profissional   |               |                        |                           | Completo | ( )    | Incompleto | ( ) |
| Outras especializações:   |               |                        |                           |          |        |            |     |
| O candidato é responsável pela exatidão e veracidade das informações prestadas no requerimento de inscrição.  |               |                        |                           |          |        |            |     |
| Assinatura:   |               |                        |                           | Data:    |        |            |     |