



CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DA MACRO REGIÃO DO SUL DE MINAS

CNPJ 13.985.869/0001-84

Rua João Urbano Figueiredo, 177

Parque Boa Vista – Varginha (MG) – CEP: 37.014-510



## EDITAL Nº 004/2020

***O SECRETÁRIO EXECUTIVO DO CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DA MACRO REGIÃO DO SUL DE MINAS PARA O GERENCIAMENTO DOS SERVIÇOS DE ATENDIMENTO E AÇÕES DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM URGÊNCIA E EMERGÊNCIA***, pessoa jurídica de direito público, inscrita no CNPJ/MF sob o n.º 13.985.869/0001-84, com sede na Rua João Urbano Figueiredo, n.º 177, Bairro Parque Boa Vista, Varginha/MG, CEP 37.014-510, no uso de suas atribuições, torna público que estarão abertas as inscrições para **PROCESSO SELETIVO SIMPLIFICADO - PROVA DE TÍTULOS PARA A CONTRATAÇÃO TEMPORÁRIA DE EXCEPCIONAL INTERESSE PÚBLICO**, nos termos da legislação específica, para a classe especificada abaixo, cuja as atribuições encontram-se descritas no Anexo I:

### QUADRO DE VAGAS

| CARGO  | VAGAS | REQUISITOS  | JORNADA SEMANAL | VENCIMENTO MENSAL   |
|--|-------|---|-----------------|---|
| <b>Médico -<br/>(Intervencionista e Regulador)</b> | 01    | - Curso Superior Completo de Medicina;<br>- Registro no CRM;<br>- Experiência mínima de 06 meses; | 24 horas        | R\$ 8.020,36 (oito mil, vinte reais e trinta e seis centavos) |

A vaga acima descrita refere-se ao seguinte município:

| <b>CARGO: MÉDICO (INTERVENCIONISTA E REGULADOR)</b> |              |
|---|--------------|
| <b>CIDADE BASE</b>                                  | <b>VAGAS</b> |
| PIUMHI  | 1 VAGA       |

<http://www.cissul.saude.mg.gov.br>

Tel.: (35) 3219-3150



**CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DA MACRO REGIÃO DO SUL DE MINAS**

CNPJ 13.985.869/0001-84

Rua João Urbano Figueiredo, 177

Parque Boa Vista – Varginha (MG) – CEP: 37.014-510



## **1. DAS INSCRIÇÕES E DA ENTREGA DE TÍTULOS:**

**1.1. Período de inscrição: do dia 18 de maio de 2020 ao dia 22 de maio de 2020.**

**1.1.2 O candidato interessado deverá fazer agendamento prévio através do telefone: (35)3219-3157/3219-3177/3219-3168, evitando assim aglomerações.**

**1.1.3 O candidato que não respeitar a exigência do item anterior não será atendido.**

1.2. **Local para realizar inscrição:** As inscrições serão realizadas na sede do CISSUL, na Rua João Urbano Figueiredo, n.º 177, Bairro Boa Vista, Varginha/MG, junto ao Setor de Recursos Humanos, oportunidade em que deverão realizar a entrega dos títulos.

1.2.1 As inscrições deverão ser feitas, mediante entrega de títulos, juntamente com a ficha de inscrição preenchida, conforme modelo constante no Anexo IV.

1.3.1. O candidato que estiver impossibilitado de realizar pessoalmente a inscrição e entrega dos títulos nos dias especificados no item 1.1. poderá fazê-lo por procurador devidamente constituído e com firma reconhecida, conforme modelo de procuração constante no ANEXO III, acompanhada de original e cópia do documento de identidade do procurador.

1.4. O Setor de Recursos Humanos fornecerá ao candidato ou seu procurador comprovante de inscrição e recibo dos títulos apresentados.

1.5. A inscrição do candidato implicará na sua ciência e tácita aceitação das normas e condições estabelecidas neste Edital, em relação às quais não poderá alegar desconhecimento.



## CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DA MACRO REGIÃO DO SUL DE MINAS

CNPJ 13.985.869/0001-84

Rua João Urbano Figueiredo, 177

Parque Boa Vista – Varginha (MG) – CEP: 37.014-510



1.6. O candidato é o único responsável pelas informações prestadas no ato da inscrição e pela entrega dos títulos.

1.7. Será aceita apenas uma (01) única inscrição por candidato.

**1.7. Não haverá, em hipótese alguma, inscrição/entrega de títulos fora do prazo estabelecidos no item 1.1. deste Edital.**

### **2. DAS CONDIÇÕES PARA A INSCRIÇÃO:**

2.1. Possuir a formação e requisitos exigidos para o exercício profissional respectivo.

2.2. Ser brasileiro nato ou naturalizado.

2.3. Estar em dia com as obrigações eleitorais.

2.4. Estar em dia com as obrigações militares, se do sexo masculino.

### **3. DO FORMULÁRIO DE INSCRIÇÃO:**

3.1. As inscrições deverão ser realizadas, mediante entrega de títulos, juntamente com a ficha de inscrição preenchida, conforme modelo constante no Anexo IV.

### **4. DOS CRITÉRIOS DE SELEÇÃO E CLASSIFICAÇÃO:**

4.1. Serão considerados para fins de avaliação dos candidatos inscritos, os títulos apresentados e tempo de atuação na área profissional, observados os critérios constantes no ANEXO II, sendo que será feita a classificação para cada uma das cidades bases escolhida.

4.2 Serão considerados os títulos relacionados com o cargo/especialidade pretendido pelo candidato, que serão examinados pela Comissão de Coordenação e Supervisão do Processo Seletivo.



## CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DA MACRO REGIÃO DO SUL DE MINAS

CNPJ 13.985.869/0001-84

Rua João Urbano Figueiredo, 177

Parque Boa Vista – Varginha (MG) – CEP: 37.014-510



4.3. Os documentos comprobatórios dos títulos deverão estar legíveis e serem entregues pelos candidatos no ato da inscrição no período especificado no item 1.1. para posterior conferência e validação.

4.3.1. **Os documentos deverão ser apresentados em cópias acompanhadas dos originais ou com código para autenticação digital.**

4.4.. Não serão aceitos tempos concomitantes para comprovação de experiência, nem somatória de carga horária mínima dos cursos na apresentação dos títulos.

4.4.1. Juntamente com os documentos comprobatórios de efetivo exercício da Carteira de Trabalho e Previdência Social (CTPS) deverão conter também a cópia da folha de identificação do candidato.

4.4.2. Para comprovação de experiência também serão aceitas Certidões expedidas por Órgãos Oficiais e Declarações, desde que estas contenham as seguintes informações: CNPJ, Razão Social, carimbo e assinatura do representante legal da empresa, com firma reconhecida em cartório, em caso de pessoa jurídica.

4.4.3 As declarações referente ao item anterior, devem conter, necessariamente, as seguintes informações: período referente a função desempenhada na área pretendia e atividades exercidas.

4.5. Os certificados dos cursos deverão conter impressa a carga horária, sem a qual não serão considerados.

4.5.1 **Não serão aceitos títulos de Cursos em Urgência e Emergência realizados à Distância – EAD.**



**CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DA MACRO REGIÃO DO SUL DE MINAS**

CNPJ 13.985.869/0001-84

Rua João Urbano Figueiredo, 177

Parque Boa Vista – Varginha (MG) – CEP: 37.014-510



4.5.2 **Serão aceitos apenas certificados de Cursos atualizados com no máximo 2 (dois) anos.**

4.6. Os documentos apresentados serão considerados uma única vez e apenas em relação a um único item.

4.7. A classificação dos candidatos inscritos será feita em ordem decrescente do total de pontos obtidos pelo candidato observado o quadro constante no anexo II.

4.8. Apurado o total de pontos, na hipótese de empate, será dada preferência para efeito de classificação, sucessivamente:

- a) ao candidato que apresentar o maior número de pontos no efetivo exercício profissional na área específica ao cargo pretendido;
- b) tiver maior idade, observado o disposto no item 4.8.1. deste Edital.

4.8.1. Os candidatos com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos, completados até o último dia do prazo de inscrição, terão preferência sobre os demais, na hipótese de empate, adotando-se como primeiro critério de desempate, neste caso, a idade mais elevada, nos termos do art. 27, Parágrafo único, da Lei Federal nº 10.741/2003.

## **5. DO RESULTADO:**

5.1. O resultado referente a este processo seletivo será publicado no site da CISSUL: <http://www.cissul.saude.mg.gov.br>, no dia **28 de maio de 2020**.

## **6. ESCLARECIMENTOS, IMPUGNAÇÃO AO EDITAL E RECURSOS**

6.1 Até 02 (dois) dias úteis da data fixada para início da entrega da documentação, qualquer pessoa poderá solicitar esclarecimentos, providências ou impugnar o ato convocatório deste Edital.

<http://www.cissul.saude.mg.gov.br>

Tel.: (35) 3219-3150



## CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DA MACRO REGIÃO DO SUL DE MINAS

CNPJ 13.985.869/0001-84

Rua João Urbano Figueiredo, 177

Parque Boa Vista – Varginha (MG) – CEP: 37.014-510



6.2 - Eventual impugnação deverá ser dirigida ao subscritor deste Edital e protocolada no Setor de Gerencia Administrativa, à Rua João Urbano Figueiredo, 177 - Parque Boa Vista – Varginha (MG) – CEP: 37.014-510, das 08:00h às 17:00h.

6.3 - Acolhida a petição contra o ato convocatório, em despacho fundamentado, será designada nova data para a entrega da documentação.

6.4. Caberá apenas um recurso por candidato quanto ao resultado final da classificação, desde que fundamentado, mediante requerimento dirigido à Secretaria Executiva do CISSUL, protocolado em sua sede na Rua João Urbano Figueiredo, n.º 177, Bairro Boa Vista, Varginha/MG.

6.5. O prazo para a apresentação de recurso é de **24 (vinte e quatro) horas corridas e improrrogáveis**, contadas da publicação do resultado, excetuando-se os sábados, domingos e feriados.

6.6. Os recursos, devidamente fundamentados, deverão conter dados que informem a identidade do reclamante e seu número de inscrição, bem como seu endereço completo, e-mail e telefone(s).

6.7. Serão rejeitados liminarmente os recursos protocolados fora do prazo determinado, os não fundamentados e os que não tiverem os dados necessários à identificação do candidato.

6.8. As respostas dos recursos impetrados serão encaminhadas para o candidato no prazo de até **02 (dois) dias uteis**, contados da data de encerramento da apresentação dos recursos.



## CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DA MACRO REGIÃO DO SUL DE MINAS

CNPJ 13.985.869/0001-84

Rua João Urbano Figueiredo, 177

Parque Boa Vista – Varginha (MG) – CEP: 37.014-510



6.9. A única e última instância competente para reconhecer os recursos é a Secretária Executiva do CISSUL.

### **7. HOMOLOGAÇÃO E DISPOSIÇÕES FINAIS:**

7.1. Todas as publicações referentes a este processo seletivo, inclusive homologação, serão publicadas no site oficial do CISSUL: <http://www.cissul.saude.mg.gov.br>.

7.2. Os casos omissos ou duvidosos serão julgados pela Comissão de Coordenação e Supervisão deste processo seletivo, designada pelo Secretário Executivo do CISSUL.

7.2.1. A decisão final destes casos, após o parecer da Comissão, deverá ser homologada pelo Secretário Executivo do CISSUL.

7.3. O prazo de validade deste Processo Seletivo é de 01 (um) ano, a contar da data de publicação do resultado final, podendo ser prorrogado por igual período.

7.4. O candidato aprovado deverá manter junto ao CISSUL, durante o prazo de validade deste Processo Seletivo, seu endereço atualizado, visando a eventuais convocações, não lhe cabendo qualquer reclamação, caso não seja possível ao CISSUL convocá-lo por falta dessa atualização.

7.4.1. A atualização de endereço deverá ser requerida junto ao Setor de Recursos Humanos pelo próprio candidato.

7.5. Após a conferência e validação dos títulos apresentados e devida publicação da Portaria de Homologação, o candidato classificado deverá aguardar nomeação através de portaria que será publicada no site oficial do CISSUL – [www.cissul.saude.mg.gov.br](http://www.cissul.saude.mg.gov.br), sendo que deverá apresentar todos os documentos necessários à sua contratação, no prazo máximo de **05 (cinco) dias uteis**, contados a partir da publicação da citada portaria.

<http://www.cissul.saude.mg.gov.br>

Tel.: (35) 3219-3150



## CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DA MACRO REGIÃO DO SUL DE MINAS

CNPJ 13.985.869/0001-84

Rua João Urbano Figueiredo, 177

Parque Boa Vista – Varginha (MG) – CEP: 37.014-510



### 7.5.1 Documentos necessários para admissão:

|    |  |
|----|--|
| 01 | Original e cópia simples da carteira de identidade ou de documento equivalente, de valor legal, com fotografia; (O candidato deverá ter idade mínima de 18 (dezoito) anos completos, no ato da posse, salvo se já emancipado (apresentar documento de emancipação));   |
| 02 | Original e cópia simples do Cadastro de Pessoas Físicas - CPF ou do Comprovante de Inscrição no CPF, impresso a partir do endereço eletrônico da Secretaria da Receita Federal do Brasil, ou emitido pela entidade conveniada, no ato da inscrição, desde que acompanhado de documento de identificação do inscrito; |
| 03 | Original e cópia simples Título de eleitor, comprovante de votação na última eleição ou comprovante de quitação com a Justiça Eleitoral.   |
| 04 | Original e cópia simples do certificado de reservista/ documento equivalente ou dispensa de incorporação, se do sexo masculino;  |
| 05 | Carteira de trabalho emitida pelo MTPS;  |
| 06 | Original e cópia simples de certidão de nascimento, casamento ou união estável, se for o caso;   |
| 07 | Original e cópia simples da Certidão de nascimento de filhos menores de 18 (Dezoito) anos, se for o caso;  |
| 08 | Original e cópia simples do PIS ou PASEP;  |
| 09 | Original e cópia do Registro de Conselho de Classe e comprovante de que está em dia com as mensalidades;   |
| 10 | Original e cópia simples do comprovante de residência atualizado (máximo 3 meses - preferencialmente água, energia ou telefone);   |
| 11 | 02 (duas) fotografia colorida 3x4 recente;   |
| 12 | Original e cópia simples do Diploma comprobatório de escolaridade (cargo pretendido), conforme exigência do item Requisitos do Quadro de Vagas;  |
| 13 | Original e cópia simples do Histórico Escolar referente ao diploma acima apresentado, cargo pretendido), conforme exigência do item Requisitos do Quadro de Vagas;   |
| 14 | Original e cópia simples de Curso de Urgência e Emergência com carga horária de no mínimo 20 (vinte) horas;  |
| 15 | Certidão de antecedentes criminais atualizada emitida pela Polícia Civil;  |
| 16 | Certidão de antecedentes criminais atualizada emitida pela Polícia Federal;  |
| 17 | Certidão negativa criminal atualizada da Justiça Estadual;   |
| 18 | Certidão negativa criminal atualizada da Justiça Federal;  |
| 19 | Original e cópia simples da Carteira de vacinação atualizada conforme calendário nacional do Ministério da Saúde do candidato;   |

<http://www.cissul.saude.mg.gov.br>

Tel.: (35) 3219-3150



## CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DA MACRO REGIÃO DO SUL DE MINAS

CNPJ 13.985.869/0001-84

Rua João Urbano Figueiredo, 177

Parque Boa Vista – Varginha (MG) – CEP: 37.014-510



|    |  |
|----|--|
| 20 | Original e cópia simples da Carteira de vacinação atualizada conforme calendário nacional do Ministério da Saúde dos filhos menores de 18 (dezoito) anos, se for o caso;   |
| 21 | Declaração a ser preenchida pelo candidato de próprio punho, de bens e valores que constituem seu patrimônio atualizada até a data da admissão ou cópia da última declaração de Imposto de Renda de Pessoa Física - IRPF, com o respectivo recibo emitido pela Receita Federal do Ministério da Fazenda; |
| 22 | Declaração, a ser preenchida pelo candidato em formulário próprio, no ato da admissão de que exerce ou não, outro cargo, emprego ou função pública nos âmbitos Federal, Estadual e/ou municipal;   |
| 23 | Declaração de que não é aposentado por invalidez, a ser preenchida pelo candidato em formulário próprio, no ato da admissão;   |
| 24 | Comprovação de Experiência mínima 6 (seis) meses, conforme exigência do item Requisitos do Quadro de Vagas;  |

7.5.2. Os requisitos descritos anteriormente deverão ser atendidos cumulativamente e a comprovação do atendimento deverá ser feita por meio de documento original.

7.5.3. A falta de comprovação de qualquer um dos requisitos especificados no subitem anterior impedirá a admissão do candidato.

7.5.4. **Não haverá, em hipótese alguma, apresentação de documentação fora do prazo estabelecidos nos itens 7.5 deste Edital.**

7.6. O candidato classificado, após a entrega da documentação exigida no item 7.5, deverá submeter-se a exame médico admissional, de caráter eliminatório e, se constatada inaptidão de sua condição de saúde para o exercício de quaisquer das funções determinadas para a classe/especialidade para a qual foi selecionado, o candidato será eliminado do processo seletivo.

7.7. Os candidatos classificados neste processo seletivo deverão aguardar a chamada para contratação, que ocorrerá observando rigorosamente a ordem de classificação e a existência de vagas para o cargo.

<http://www.cissul.saude.mg.gov.br>

Tel.: (35) 3219-3150



**CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DA MACRO REGIÃO DO SUL DE MINAS**

CNPJ 13.985.869/0001-84

Rua João Urbano Figueiredo, 177

Parque Boa Vista – Varginha (MG) – CEP: 37.014-510



7.7.1. A convocação dos candidatos para preenchimento das vagas será feita através de portaria publicada no site - <http://www.cissul.saude.mg.gov.br>.

7.7.2. O CISSUL não está obrigado a fazer qualquer comunicação por telefone, e-mail ou carta para chamamento dos candidatos, sendo a divulgação pela internet válida para este fim.

Varginha, 07 de maio de 2020.

Jovane Ernesto Constantini  
Secretário Executivo



**CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DA MACRO REGIÃO DO SUL DE MINAS**

CNPJ 13.985.869/0001-84

Rua João Urbano Figueiredo, 177

Parque Boa Vista – Varginha (MG) – CEP: 37.014-510



## **ANEXO I**

### **ATRIBUIÇÕES DOS CARGOS**

#### **MÉDICO INTERVENCIONISTA/REGULADOR**

**Competências/Atribuições:** Realizar a regulação e a intervenção Médica dos chamados pelo 192; O médico intervecionista deve seguir as orientações do médico regulador quanto ao local de destino do paciente e ser responsável pela sua equipe e avaliar clinicamente o paciente no próprio local; o intervecionista deverá manter uma visão global e permanentemente atualizada dos meios disponíveis para o atendimento pré-hospitalar e das portas de urgência, checando periodicamente sua capacidade operacional; receber os chamados de auxílio, análise da demanda, classificação em prioridades de atendimento e atividades correlatas conforme Portaria nº 15/20.



CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DA MACRO REGIÃO DO SUL DE MINAS

CNPJ 13.985.869/0001-84

Rua João Urbano Figueiredo, 177

Parque Boa Vista – Varginha (MG) – CEP: 37.014-510



## **ANEXO II**

### **DOS CRITÉRIOS DE SELEÇÃO E CLASSIFICAÇÃO**

Serão considerados para fins de avaliação dos candidatos inscritos, os títulos apresentados, observados os critérios a seguir:

#### **Cargos de Ensino Superior:**

##### **A – Médico Intervencionista/Regulador:**

| <b>ITEM</b> | <b>TÍTULOS</b>  | <b>PONTUAÇÃO</b>                                     | <b>Nº MÁXIMO DE PONTOS</b> |
|-------------|---|--|----------------------------|
| <b>01</b>   | Efetivo exercício profissional na área específica ao cargo pretendido, comprovado através da cópia da Carteira de Trabalho e Previdência Social (CTPS), Certidões expedidas por Órgãos Oficiais ou declarações; | 0,5 (meio) ponto para cada 06 (seis) meses completos | 10,0 (dez) pontos          |
| <b>02</b>   | Curso na área de Urgência e Emergência ou regulação médica (mínimo 40 horas).   | 2,0 (dois) pontos por certificado                    | 10,0 (dez) pontos          |
| <b>03</b>   | Demais cursos na área de Urgência e Emergência (mínimo 8 horas)   | 1,0 (um) ponto por certificado                       | 5,0 (cinco) pontos         |
| <b>04</b>   | Especialização lato sensu concluída (Pós-Graduação) igual ou superior a 360 horas)  | 5,0 (cinco) pontos por curso concluído               | 10,0 (dez) pontos          |
| <b>05</b>   | Mestrado concluído em área específica/especialidade de atuação  | 6,0 (seis) pontos por curso concluído                | 12,0 (doze) pontos         |



**CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DA MACRO REGIÃO DO SUL DE MINAS**

CNPJ 13.985.869/0001-84

Rua João Urbano Figueiredo, 177

Parque Boa Vista – Varginha (MG) – CEP: 37.014-510



|           |  |                                       |                           |
|-----------|--|---------------------------------------|---------------------------|
| <b>06</b> | Doutorado concluído, na área específica/especialidade.                                     | 8,0 (oito) pontos por curso concluído | 16,0 (dezesesseis) pontos |
| <b>07</b> | Pós-Doutorado concluído, na área específica/especialidade                                  | 10,0 (dez) pontos por curso concluído | 10,0 (dez) pontos         |
| <b>08</b> | Aprovação final em concurso público ou processo seletivo na área específica/especialidade. | 2,0 (dois) pontos por aprovação       | 4,0(quatro) pontos        |



**CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DA MACRO REGIÃO DO SUL DE MINAS**

CNPJ 13.985.869/0001-84

Rua João Urbano Figueiredo, 177

Parque Boa Vista – Varginha (MG) – CEP: 37.014-510



### **ANEXO III**

### **PROCURAÇÃO**

#### **OUTORGANTE**

(Nome do Outorgante), (Nacionalidade), (Estado Civil), (Profissão), Carteira de Identidade nº (.....), C.P.F. nº (.....), residente e domiciliado na Rua (.....), nº (...), bairro (.....), Cep (.....), Cidade (.....), no Estado (....).

**OUTORGADO:** (Nome do Outorgado), (Nacionalidade), (Estado Civil), (Profissão), Carteira de Identidade nº (.....), C.P.F. nº (.....), residente e domiciliado na Rua (.....), nº (...), bairro (.....), Cep (.....), Cidade (.....), no Estado (...).

Através do presente instrumento particular de mandato, o OUTORGANTE nomeia e constitui como seu procurador o OUTORGADO para o fim de fazer inscrição e entrega de documentação para o processo Seletivo Simplificado do Consórcio intermunicipal de Saúde da Macro Região do Sul de Minas - CISSUL, podendo, para tanto, o OUTORGADO praticar todos os atos necessários ao fiel cumprimento deste mandato, tais como assinar documentos, alegar tudo o que for necessário, prestando declarações e esclarecimentos, podendo agir diante de quaisquer repartições públicas, apresentar provas e documentos, entre outros.

(Local, data e ano)

(Nome e assinatura do Outorgante)

<http://www.cissul.saude.mg.gov.br>

Tel.: (35) 3219-3150



**CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DA MACRO REGIÃO DO SUL DE MINAS**

CNPJ 13.985.869/0001-84

Rua João Urbano Figueiredo, 177

Parque Boa Vista – Varginha (MG) – CEP: 37.014-510



## **ANEXO IV**

### **PROCESSO SELETIVO SIMPLIFICADO PARA DESIGNAÇÃO E CONTRATAÇÃO TEMPORÁRIA - EDITAL Nº. 004/2020**

#### **FICHA DE INSCRIÇÃO**

Nº. da Inscrição \_\_\_\_\_ (preenchimento do Cissul)

**CANDIDATO (A) AO CARGO DE:** \_\_\_\_\_

**CIDADE BASE:** \_\_\_\_\_

**Nome do Candidato:** \_\_\_\_\_

Identidade: \_\_\_\_\_ Órgão Expedidor: \_\_\_\_\_

C.P.F.: \_\_\_\_\_ Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nacionalidade: \_\_\_\_\_ Naturalidade: \_\_\_\_\_

Título de Eleitor: \_\_\_\_\_ Zona: \_\_\_\_\_ Seção: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_ Nº \_\_\_\_\_

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

Escolaridade: \_\_\_\_\_

Tel: ( ) \_\_\_\_\_ Celular: ( ) \_\_\_\_\_

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

**DECLARO ESTAR CIENTE DAS CONDIÇÕES DO PRESENTE PROCESSO DE SELEÇÃO  
SIMPLIFICADA PARA DESIGNAÇÃO DO EDITAL Nº 004/2020**

**DECLARO, TAMBÉM, SOB AS PENAS DA LEI, SER VERDADEIRAS AS INFORMAÇÕES  
PRESTADAS.**

Data da Inscrição: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

Assinatura do candidato: \_\_\_\_\_