



PREFEITURA MUNICIPAL DE IBATIBA

Estado do Espírito Santo
Secretaria Municipal de Saúde

PROCESSO SELETIVO SIMPLIFICADO Nº 003/2020

FICHA DE INSCRIÇÃO AUXILIAR DE SAÚDE BUCAL EAS/EACS

Dados Pessoais:

Nome do Candidato:		
Sexo: () M () F	Data de nascimento:	
RG:	CPF:	
Endereço:		
Nº:	Complemento:	Bairro:
Cidade:	UF:	CEP:
Telefone celular:	E-mail:	
Informações Adicionais:		
Portador de Necessidades Especiais? SIM () NÃO ()		
Necessita de alguma condição especial para a realização da prova escrita? Qual?		
É integrante do Corpo de Jurados da Comarca de sua residência? SIM () NÃO ()		
Total de Folhas Anexas à Ficha de Inscrição:		

DOCUMENTOS APRESENTADOS JUNTO À FICHA NO ATO DA INSCRIÇÃO

DESCRIÇÃO	CARGA HORÁRIA	QUANT.	ENTREGUES
Cópia da identidade e do CPF			
Cópia de Comprovante de Escolaridade			
Cópia de comprovante de tempo de serviço no cargo e função pleiteados			
Procuração com firma reconhecida			
Curso de capacitação na área pleiteada realizado nos últimos 05 anos, na área pleiteada	120h	Até 02	
Curso de capacitação na área pleiteada realizado nos últimos 05 anos.	60-119h	Até 02	
Curso de capacitação na área pleiteada realizado nos últimos 05 anos.	20-59h	Até 02	
Cursos, seminários na área pleiteada realizado nos últimos 05 anos.	Até 19h	Até 02	
Curso de qualidade de atendimento ao cliente	-	01	
Curso de Planificação	-	01	

(Declaro estar ciente e concordar com as condições contidas no edital)

ASSINATURA DO CANDIDATO