



MUNICÍPIO DE TOLEDO

Estado do Paraná

ANEXO III

REQUERIMENTO DE INSCRIÇÃO PSS 01/2025

() Médico T4 – Clínico Geral I – PSS
() Médico T6 – Clínico Geral I – PSS

Nome Completo:					
CPF:				Sexo:	
RG:			Data Nasc:	UF:	
Endereço:					
Numero:		Bairro:			
Cidade:			Estado:	CEP:	
Tel. Fixo:			Tel. Celular:		
Tel. Recado:					
Email:					
Insc. AFRO:	() Sim – sendo obrigatório anexar autodeclaração preenchida junto da documentação cfe. item 1.14.2 conforme Anexo IV.				
Insc. PcD:	() Sim – obrigatório anexar laudo médico comprobatório junto da documentação cfe. item 1.13.4				

Formação Acadêmica (Se não for Pré-requisito - Conforme previsto no Edital)	Pontuação Declarada (para uso do Candidato)	Pontuação Obtida *(para uso exclusivo da Comissão)
Graduação		
Pós-Graduação (<i>Lato Sensu</i>) ou Residência Médica		
Mestrado		
Doutorado		
Experiência Profissional (Pontos de Atenção à Saúde)		
TOTAL GERAL *		

(marque a formação escolar ou acadêmica apresentada e/ou a quantidade de anos de experiência profissional)

ATENÇÃO Preencher somente os campos exclusivos para o candidato.

Toledo, ____/____/____

Assinatura Candidato