



Secretaria Municipal de Saúde

**FICHA DE INSCRIÇÃO – NÍVEL MÉDIO**  
**PROCESSO SELETIVO – EDITAL SEMUS/ ESF N °002/2025**

Número da inscrição: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_ Telefone: ( ) \_\_\_\_\_

Identidade: \_\_\_\_\_ Data de Expedição: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Órgão Expedidor: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_ Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_ Município: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_

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

**Cargo Pleiteado**

- ( ) Técnico em Enfermagem
- ( ) Atendente de Consultório Odontológico

**QUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL**

Discriminação	Pontos	Número de Títulos	Total de pontos	Conferência de pontuação pela Comissão
Pós Graduação lato sensu na área de atuação com duração igual ou superior a 360h na área de Saúde Pública				
Graduação na área de atuação com duração igual ou superior a 360h na área de Saúde Pública				
Certificados na área de atuação com duração igual ou superior a 120h na Área de Saúde Pública a partir do ano de 2024				
Certificados na área de atuação com duração igual ou superior de 80h na área de Saúde Pública a partir do ano de 2024				
<b>Pontuação máxima total</b>	-	-		

**EXERCÍCIO PROFISSIONAL**

Discriminação	Pontos	Quantidade de Meses	Total de Pontos	Conferência de pontuação pela Comissão
Tempo de serviço prestado em Serviço Público no cargo pleiteado e tempo de serviço exercido na Estratégia Saúde da Família (ESF) ou no Sistema Único de Saúde (SUS).	0,1 ponto por mês			
<b>PONTUAÇÃO MÁXIMA – 3 pontos</b>		<b>TOTAL DE PONTOS:</b>		

Declaro que aceito todas as exigências especificadas no Edital de abertura deste Processo Seletivo Simplificado. Responsabilizo-me pelas informações aqui prestadas, inclusive pela fidelidade das cópias dos documentos apresentados.

Local e Data: \_\_\_\_\_ Assinatura do Candidato: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_ Cargo: \_\_\_\_\_

Local e Data: \_\_\_\_\_ Assinatura da Comissão: \_\_\_\_\_

Secretaria Municipal de Saúde

**FICHA DE INSCRIÇÃO – NÍVEL SUPERIOR**  
**PROCESSO SELETIVO – EDITAL SEMUS/ ESF N °002/2025**

Número de inscrição: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_ Telefone: ( ) \_\_\_\_\_

Identidade: \_\_\_\_\_ Data de Expedição: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Órgão Expedidor: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_ Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_ Município: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_

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

**Cargo Pleiteado**

( ) Enfermeiro

( ) Cirurgião- Dentista

**QUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL**

Discriminação	Pontos	Máximo de Títulos	Total de pontos	Conferência de pontuação pela Comissão
Doutorado na área da saúde	2			
Mestrado na área da saúde	1,5			
Pós-Graduação lato sensu com duração igual ou superior a 360h em Estratégia Saúde da Família	1			
Pós-Graduação lato sensu na área de atuação com duração igual ou superior a 360h na área de Saúde Pública	1			
Certificados na área de atuação com duração igual ou superior a 120h na Área de Saúde Pública a partir do ano de 2024	0,3			
Certificados na área de atuação com duração igual ou superior de 80h na Área de Saúde Pública a partir do ano de 2024	0,2			
<b>Pontuação máxima total</b>	-	-		

**EXERCÍCIO PROFISSIONAL**

Discriminação	Pontos	Quantidade de Meses	Total de Pontos	Conferência de pontuação pela Comissão
Tempo de serviço prestado em Serviço Público no cargo pleiteado e tempo de serviço exercido na Estratégia Saúde da Família (ESF) ou no Sistema Único de Saúde (SUS).	0,1 ponto por mês			
<b>PONTUAÇÃO MÁXIMA – 3 pontos</b>		<b>TOTAL DE PONTOS:</b>		

Declaro que aceito todas as exigências especificadas no Edital de abertura deste Processo Seletivo Simplificado  
Responsabilizo-me pelas informações aqui prestadas, inclusive pela fidelidade das cópias dos documentos apresentados.

Local e Data: \_\_\_\_\_

Assinatura do Candidato: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_ Cargo: \_\_\_\_\_

Local e Data: \_\_\_\_\_

Assinatura da Comissão: \_\_\_\_\_