



MUNICÍPIO DE TOLEDO

Estado do Paraná

ANEXO III

REQUERIMENTO DE INSCRIÇÃO PSS 002/2025

<input type="checkbox"/> Médico T4 – Psiquiatra I – PSS						
<input type="checkbox"/> Médico T4 – Ginecologista/Obstetra 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:	<input type="checkbox"/> Sim – sendo obrigatório anexar autodeclaração preenchida junto da documentação cfe. item 1.14.2 conforme Anexo VI.					
Insc. PcD:	<input type="checkbox"/> 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