

**ANEXO II**

**Ficha de inscrição – PROCESSO SELETIVO SAMU MÉDIO PARAÍBA – MÉDICO REGULADOR**

<b>PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO PELO CANDIDATO</b>	
Nome:	_____
Data de Nascimento:	___/___/___
Cidade de Nascimento/RJ:	_____
País/Nacionalidade:	_____
Sexo:	( ) Masculino ( ) Feminino
Cor/Raça:	( ) Branca ( ) Negra ( ) Parda ( ) Amarela ( ) Indígena ( ) Não informado
Estado civil:	( ) Solteiro ( ) Casado ( ) Divorciado ( ) Separado ( ) Viúvo
<b>Filiação</b>	
Pai:	_____
Mãe:	_____
Documentos: CTPS Nº	_____
Série/UF:	_____
Data Expedição:	___/___/___
PIS/PASEP:	_____
CNPJ da empresa:	_____
Razão Social:	_____
CPF:	_____
RG:	_____ Órgão emissor: _____ Data de emissão: ___/___/___
Título de Eleitor:	_____ Zona/Seção: _____
Carteira Reservista nº:	_____ Data Expedição: ___/___/___
Conselho Profissional nº Inscrição:	_____ Órgão emissor: _____
Expedição Cons. Prof.:	___/___/___ Validade Cons. Prof. ___/___/___
Endereço:	_____ Nº _____ Complemento: _____
_____ Bairro:	_____ Cidade: _____ UF: _____ CEP: _____
E-mail principal:	_____
E-mail alternativo:	_____
Telefone Res.: ( ) _____ Cel.:( ) _____ Recado: ( ) _____	
Assinatura do candidato:	_____

**ANEXO II - Continuação**

**PARA USO EXCLUSIVO INTERNO DO VIVA RIO**

**(O CANDIDATO NÃO DEVERÁ PREENCHER NENHUM ITEM DESTA TABELA.)**

Item 1	Descrição	Pontuação
Formação técnica Titulação	ITEM 1.1	
	ITEM 1.2	
	ITEM 1.3	
	ITEM 1.4	
<b>Pontuação total titulação</b>		
Item 2	Descrição	Pontuação
Cursos de Aperfeiçoamento	ITEM 2.1	
	ITEM 2.2	
	ITEM 2.3	
<b>Pontuação total cursos aperfeiçoamento</b>		
Item 3	Descrição	Pontuação
Experiência Profissional	ITEM 3.1	
	ITEM 3.2	
	ITEM 3.3	
<b>Pontuação total experiência profissional</b>		
<b>Pontuação final dos 3 itens</b>		

Nome do avaliador: \_\_\_\_\_

Assinatura do avaliador: \_\_\_\_\_