



Estado do Rio Grande do Sul  
Prefeitura Municipal de Santo Ângelo

ANEXO III  
FICHA DE INSCRIÇÃO  
PROCESSO SELETIVO SIMPLIFICADO Nº 03/SMAd/2016

**Dados Pessoais:**

Nome: \_\_\_\_\_  
Endereço: \_\_\_\_\_ n.º: \_\_\_\_\_  
Bairro: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_  
Estado: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_  
Telefone (Residencial): \_\_\_\_\_ Telefone (Celular): \_\_\_\_\_  
E-mail: \_\_\_\_\_  
Data de Nascimento: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_

**Dados Gerais:**

RG: \_\_\_\_\_ Órgão. Exp.: \_\_\_\_\_ Data Exp.: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_ Possui deficiência: Sim ( ) Não ( )  
Qual? \_\_\_\_\_

**Função Pretendida:**

- ( ) Médico – 20 hs/semanais
- ( ) Médico – 10 hs/semanais
- ( ) Cirurgião Dentista-ESF
- ( ) Enfermeiro-ESF
- ( ) Técnico em Enfermagem-ESF

**Data** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**Assinatura do Candidato**