



## MUNICÍPIO DE LAGOA DOS TRÊS CANTOS - RS

Rua Ervino Petry, 100 – CEP 99495-000

Fone (54) 3392-1082 / 1083 / 1084

CNPJ: 94.704.277/0001-49

Email: [pmltc@lagoa3cantos.rs.gov.br](mailto:pmltc@lagoa3cantos.rs.gov.br)



### ANEXO II

## FICHA DE INSCRIÇÃO PARA O PROCESSO SELETIVO SIMPLIFICADO Nº 11/2024

**Cargo: FARMACÊUTICO – 40 Horas Semanais**

### 1. DADOS PESSOAIS

1.1 Nome completo: \_\_\_\_\_

1.2 Filiação: \_\_\_\_\_

1.3 Nacionalidade: \_\_\_\_\_

1.4 Naturalidade: \_\_\_\_\_

1.5 Data de Nascimento: \_\_\_\_\_

1.6 Estado Civil: \_\_\_\_\_

### 2. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

2.1 Carteira de Identidade e órgão expedidor: \_\_\_\_\_

2.2 Cadastro de Pessoa Física – CPF: \_\_\_\_\_

2.3 Título de Eleitor \_\_\_\_\_ Zona: \_\_\_\_\_ Seção: \_\_\_\_\_

2.4 Nº Inscrição Conselho Regional de Farmácia: \_\_\_\_\_

2.5 Número do certificado de reservista: \_\_\_\_\_

2.6 Endereço Residencial: \_\_\_\_\_

2.7 Endereço Eletrônico: \_\_\_\_\_

2.8 Telefone residencial e celular: \_\_\_\_\_

2.9 Outro endereço e telefone para contato ou recado: \_\_\_\_\_

### 3. ESCOLARIDADE

#### 3.1 ENSINO FUNDAMENTAL

Instituição de Ensino: \_\_\_\_\_

Ano de conclusão: \_\_\_\_\_

#### 3.2 ENSINO MÉDIO

Instituição de Ensino: \_\_\_\_\_

Ano de conclusão: \_\_\_\_\_

#### 3.3 GRADUAÇÃO

Curso: \_\_\_\_\_

Instituição de Ensino: \_\_\_\_\_

Ano de conclusão: \_\_\_\_\_



**MUNICÍPIO DE LAGOA DOS TRÊS CANTOS - RS**

Rua Ervino Petry, 100 – CEP 99495-000

Fone (54) 3392-1082 / 1083 / 1084

CNPJ: 94.704.277/0001-49

Email: [pmltc@lagoa3cantos.rs.gov.br](mailto:pmltc@lagoa3cantos.rs.gov.br)



**4. Formação de Pós-Graduação *Lato Sensu* e/ou *Stricto Sensu* na área da Farmácia, com duração mínima de 360 horas**

Instituição de Ensino: \_\_\_\_\_

Data de início: \_\_\_\_\_ Data da conclusão: \_\_\_\_\_

Carga horária: \_\_\_\_\_

Instituição de Ensino: \_\_\_\_\_

Data de início: \_\_\_\_\_ Data da conclusão: \_\_\_\_\_

Carga horária: \_\_\_\_\_

**5. Formação em Mestrado *Stricto Sensu* relacionado à área de Farmácia**

Instituição de Ensino: \_\_\_\_\_

Data de início: \_\_\_\_\_ Data da conclusão: \_\_\_\_\_

Carga horária: \_\_\_\_\_

**6. Formação em Doutorado *Stricto Sensu* relacionado à área de Farmácia**

Instituição de Ensino: \_\_\_\_\_

Data de início: \_\_\_\_\_ Data da conclusão: \_\_\_\_\_

Carga horária: \_\_\_\_\_

**7. Experiência profissional como farmacêutico em atenção primária, saúde da família, saúde mental e áreas afins. (Ano completo)**

Instituição/Empresa: \_\_\_\_\_

Data de início: \_\_\_\_\_ Data final: \_\_\_\_\_

Instituição/Empresa: \_\_\_\_\_

Data de início: \_\_\_\_\_ Data final: \_\_\_\_\_

Instituição/Empresa: \_\_\_\_\_

Data de início: \_\_\_\_\_ Data final: \_\_\_\_\_

Instituição/Empresa: \_\_\_\_\_

Data de início: \_\_\_\_\_ Data final: \_\_\_\_\_

Instituição/Empresa: \_\_\_\_\_

Data de início: \_\_\_\_\_ Data final: \_\_\_\_\_



**MUNICÍPIO DE LAGOA DOS TRÊS CANTOS - RS**

Rua Ervino Petry, 100 – CEP 99495-000

Fone (54) 3392-1082 / 1083 / 1084

CNPJ: 94.704.277/0001-49

Email: [pmltc@lagoa3cantos.rs.gov.br](mailto:pmltc@lagoa3cantos.rs.gov.br)



**8. Curso de qualificação e aperfeiçoamento na área de Farmaceutico, com duração mínima de 40 horas – concluídos**

Curso: \_\_\_\_\_

Instituição: \_\_\_\_\_

Horas: \_\_\_\_\_

Curso: \_\_\_\_\_

Instituição: \_\_\_\_\_

Horas: \_\_\_\_\_

Curso: \_\_\_\_\_

Instituição: \_\_\_\_\_

Horas: \_\_\_\_\_

Curso: \_\_\_\_\_

Instituição: \_\_\_\_\_

Horas: \_\_\_\_\_

**9. INFORMAÇÕES ADICIONAIS:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Lagoa dos Três Cantos/RS, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2024

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