



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



ANEXO II

**FICHA DE INSCRIÇÃO PARA O PROCESSO SELETIVO SIMPLIFICADO
Nº 10/2024**

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



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



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

Curso: _____

Instituição: _____

Horas: _____

9. INFORMAÇÕES ADICIONAIS:

Lagoa dos Três Cantos/RS, ____ de _____ de 2024

Assinatura do Candidato