

PREFEITURA MUNICIPAL DE IBIRUBÁ/RS
EDITAL DE PROCESSO SELETIVO Nº 088/2025
CARGO: MÉDICO(A) PEDIATRA
ANEXO I - CURRÍCULO PROFISSIONAL

INSCRIÇÃO Nº _____ (o número será preenchido pela Comissão)

1. DADOS PESSOAIS

1.1 Nome completo: _____

1.2 Data de Nascimento: _____

1.3 Estado Civil: _____

2. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

2.1 Carteira de Identidade nº: _____ Órgão expedidor: _____

2.2 CPF nº: _____

2.3 Carteira Nacional de Habilitação (CNH) nº: _____ Categoria: _____

2.4 Endereço Residencial: _____

Bairro: _____

Cidade: _____ Estado: _____

2.5 E-mail: _____

2.6 Telefone residencial e/ou celular: _____

2.7 Telefone para recados: _____

3. ESCOLARIDADE

Curso de Graduação: _____

Instituição de Ensino: _____

Cidade: _____ Estado: _____

Ano de conclusão: _____

4. QUALIFICAÇÃO NA ÁREA DE SAÚDE

4.1 Pós-Graduação *Lato Sensu* (Especialização), na área de PEDIATRIA, concluída:

Curso: _____

Instituição de Ensino: _____

Cidade: _____ Data de Conclusão: ____ / ____ / _____

4.2 Pós-Graduação *Stricto Sensu* (Mestrado) na área de PEDIATRIA, concluída:

Curso: _____

Instituição de Ensino: _____

Cidade: _____ Data de Conclusão: ____ / ____ / _____

4.3 Pós-Graduação *Stricto Sensu* (Doutorado) na área de PEDIATRIA, concluída:

Curso: _____

Instituição de Ensino: _____

Cidade: _____ Data de Conclusão: ____ / ____ / _____

4.4 Participação em cursos na área de PEDIATRIA, com duração de 20 horas ou mais, realizados nos últimos 5 anos:

Curso: _____

Instituição de Ensino: _____

Cidade: _____ Data de Conclusão: ____ / ____ / _____

Curso: _____

Instituição de Ensino: _____

Cidade: _____ Data de Conclusão: ____ / ____ / _____

Curso: _____

Instituição de Ensino: _____

Cidade: _____ Data de Conclusão: ____ / ____ / _____

4.5 Tempo de experiência na área de PEDIATRIA na REDE DE SAÚDE PÚBLICA:

Órgão contratante: _____

Cidade: _____ Estado: _____

Cargo / Função / Atividade: _____

Data de Admissão: ____ / ____ / _____ Data de Saída: ____ / ____ / _____

Órgão contratante: _____

Cidade: _____ Estado: _____

Cargo / Função / Atividade: _____

Data de Admissão: ____ / ____ / _____ Data de Saída: ____ / ____ / _____

Órgão contratante: _____

Cidade: _____ Estado: _____

Cargo / Função / Atividade: _____

Data de Admissão: ____ / ____ / _____ Data de Saída: ____ / ____ / _____

Órgão contratante: _____

Cidade: _____ Estado: _____

Cargo / Função / Atividade: _____

Data de Admissão: ____ / ____ / _____ Data de Saída: ____ / ____ / _____

Órgão contratante: _____

Cidade: _____ Estado: _____

Cargo / Função / Atividade: _____

Data de Admissão: ____ / ____ / _____ Data de Saída: ____ / ____ / _____

4.6 Tempo de experiência na área de PEDIATRIA em EMPRESA PRIVADA:

Empregador: _____

Cidade: _____ Estado: _____

Cargo / Função / Atividade: _____

Data de Admissão: ____ / ____ / _____ Data de Saída: ____ / ____ / _____

Empregador: _____

Cidade: _____ Estado: _____

Cargo / Função / Atividade: _____

Data de Admissão: ____ / ____ / _____ Data de Saída: ____ / ____ / _____

Empregador: _____

Cidade: _____ Estado: _____

Cargo / Função / Atividade: _____

Data de Admissão: ____ / ____ / _____ Data de Saída: ____ / ____ / _____

Empregador: _____

Cidade: _____ Estado: _____

Cargo / Função / Atividade: _____

Data de Admissão: ____ / ____ / _____ Data de Saída: ____ / ____ / _____

Empregador: _____

Cidade: _____ Estado: _____

Cargo / Função / Atividade: _____

Data de Admissão: ____ / ____ / _____ Data de Saída: ____ / ____ / _____

_____/_____, ____ de _____ de 2025.
Cidade Estado Dia Mês

Assinatura do Candidato(a)