



Prefeitura Municipal de Divino de São Lourenço
Fundo Municipal de Saúde
Avenida Pedro Batista, S/N Bairro Santa Cruz, CEP: 29.590-000
CNPJ: 10.593.310/0001-10- Divino de São Lourenço - ES
sms.saude@dslourenco.es.gov.br

Processo Seletivo Simplificado Nº 001/2026

ANEXO IV – FORMULÁRIO DE INSCRIÇÃO
PROCESSO SELETIVO SIMPLIFICADO Nº 01/2026 SEMUS/PMDSL

FICHA DE INSCRIÇÃO Nº: ___/2026 <u>Reservado para Comissão</u>	Nº DE FOLHAS ENTREGUES (reservado ao candidato) _____
--	--

DADOS PESSOAIS			
NOME DO CANDIDATO:			
SEXO: () FEMININO () MASCULINO			
ENDEREÇO:			Nº
COMPLEMENTO:	BAIRRO:		
CIDADE:			UF:
RG:	ORG. EMISSOR:	UF:	DATA NASC.: ____/____/____
NATURALIDADE:		UF:	CPF:
NOME DA MÃE:			
CELULAR: ()	TEL. CONT. ()	TEL. P/RECADOS: ()	
E-MAIL:			

CARGO: ODONTOLOGO

DECLARAÇÃO

O abaixo assinado vem requerer à SEMUS sua inscrição no Processo Seletivo Simplificado para a função assinalada acima, declarando ao assinar este requerimento de inscrição, sob as penas da lei, serem verdadeiras todas as informações aqui prestadas, atestando a veracidade dos documentos entregues, e estando ciente e de acordo plena e integralmente com todas as condições estabelecidas no Edital que regulamenta este Processo Seletivo Simplificado. Declara, ainda, que aceita e atende a todos os requisitos mínimos e condições estabelecidas para o exercício da função, comprometendo-se à sua devida comprovação, quando exigida, sob pena de não o fazendo, tornar-se insubsistente sua inscrição. Por ser verdade firmo o presente. Divino de São Lourenço, ES. ___de abril/2026.

ASSINATURA DO CANDIDATO: _____



Prefeitura Municipal de Divino de São Lourenço
Fundo Municipal de Saúde
Avenida Pedro Batista, S/N Bairro Santa Cruz, CEP: 29.590-000
CNPJ: 10.593.310/0001-10- Divino de São Lourenço - ES
sms.dslourenco@saude.es.gov.br

Processo Seletivo Simplificado Nº 001/2026

**FORMULARIO DE INSCRIÇÃO ODONTOLOGO
PROCESSO SELETIVO SIMPLIFICADO Nº 01/2026 SEMUS/PMDSL**

DOCUMENTOS APRESENTADOS CONFORME EDITAL:

(Responsabilidade do Candidato Preencher).

CONTAGEM DE TÍTULOS E PONTOS

EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL

DISTRIBUIÇÃO DE PONTOS DE TEMPO DE SERVIÇO – MÁXIMO 24 PONTOS	QUANTIDADE MESES TRABALHADO	PONTOS SOMADOS	PREENCHIMENTO PELA COMISSÃO
TEMPO DE SERVIÇO, NA ÁREA ESPECÍFICA DO CARGO PLEITEADO. SENDO 01 (UM) PONTOS POR MÊS COMPLETO ATÉ A PUBLICAÇÃO DO PRESENTE EDITAL			
TOTAL			

DISTRIBUIÇÃO DE PONTOS DE TITULAÇÃO – MÁXIMO 40 PONTOS

DESCRIÇÃO DE TÍTULOS	QUANTIDADE DE TÍTULOS	PONTOS SOMADOS	PREENCHIMENTO DA COMISSÃO
TÍTULO EM DOUTORADO NO CARGO ODONTOLOGO			
TÍTULO EM MESTRADO NO CARGO ODONTOLOGO			
TÍTULO DE PÓS-GRADUAÇÃO ESPECÍFICA DO CARGO ODONTOLOGO (Mínimo de 360 horas/aula- lato sensu)			
CURSO DE CAPACITAÇÃO/ATUALIZAÇÃO E/OU QUALIFICAÇÃO DO CARGO DE ODONTOLOGO COM DURAÇÃO SUPERIOR DE 160 HORAS/AULA. CONCLUÍDOS A PARTIR DE 2018			
CURSO DE CAPACITAÇÃO/ATUALIZAÇÃO E/OU QUALIFICAÇÃO DO CARGO DE ODONTOLOGO COM DURAÇÃO DE 100HRS ATÉ 150HORAS/AULA. CONCLUÍDOS A PARTIR DE 2018			
CURSO DE CAPACITAÇÃO/ATUALIZAÇÃO E/OU QUALIFICAÇÃO DO CARGO DE ODONTOLOGO COM DURAÇÃO DE ATÉ 90 HORAS/AULA. CONCLUÍDOS A PARTIR DE 2018			
PONTUAÇÃO TOTAL (SOMATÓRIO DOS PONTOS DO TEMPO DE SERVIÇO + PONTOS DA TITULAÇÃO):			

Divino de São Lourenço, ES ___ de abril/2026