

ANEXO I

FORMULÁRIO DE INSCRIÇÃO

FOTO

NOME _____

CPF: _____

RG: _____ ÓRGÃO EMISSOR/UF: _____

ENDEREÇO: _____

BAIRRO: _____ CIDADE: _____

TELEFONE: _____ TELEFONE: _____

E-MAIL: _____

FUNÇÃO PRETENDIDA: _____

O profissional acima identificado após ter tomado ciência e concordado com as condições estabelecidas no Edital de Processo Seletivo Simplificado nº 002/2026, inclusive com valores do item 1, vem solicitar à comissão do processo seletivo a inscrição no respectivo processo seletivo e, afirmo que tomei conhecimento de todos os requisitos do edital.

Goianira, _____ de _____ de 2026.

Assinatura do Candidato

ANEXO II

LAUDO MÉDICO - PORTADOR DE DEFICIÊNCIA

O candidato ou seu representante deverá entregar o original deste Laudo preenchido pelo médico da área de sua deficiência, JUNTAMENTE COM SUA DOCUMENTAÇÃO DE INSCRIÇÃO, DENTRO DO ENVELOPE. De acordo com o especificado no item 4 e 4.6, o Laudo deverá: a) constar o nome e o número da Carteira de Identidade do candidato, nome, assinatura do médico responsável pela emissão do Laudo e número do seu registro no Conselho Regional de Medicina - CRM; b) descrever a espécie e o grau ou nível da deficiência, bem como a provável causa da mesma, com expressa referência ao código correspondente da Classificação Internacional de Doenças (CID 10); c) constar, quando for o caso, a necessidade de uso de órteses, próteses ou adaptações; d) no caso de deficiente auditivo, o Laudo deverá vir acompanhado do original do exame de audiometria recente, realizada até 06 (seis) meses anterior ao último dia das inscrições; e) no caso de deficiente visual, o Laudo deverá vir acompanhado do original do exame de acuidade visual em AO (ambos os olhos), patologia e campo visual em AO (ambos os olhos), realizada até 06 (seis) meses anterior ao último dia das inscrições.

O (a) candidato(a): _____, portador da carteira de identidade: _____, órgão expedidor: _____, para a função de _____, foi submetido(a) nesta data, a exame clínico sendo identificada a existência de DEFICIÊNCIA _____ de conformidade com o Decreto n.º 3.298, de 20/12/99 e suas alterações posteriores.

DEFICIÊNCIA FÍSICA

1- Paraplegia	6- Tetraparesia	11- Amputação ou ausência de membro
2- Paraplegia	7- Triplegia	12- Paralisia Cerebral

3- Monoplegia	8- Triparesia	13- Membros com deformidade congênita ou adquirida
4- Monoparesia	9- Hemiplegia	14- Ostomias
5- Tetraplegia	10- Hemiparesia	15- Nanismo

- Exceto as deformidades estéticas e as que não produzam dificuldades para o desempenho de funções.

II – DEFICIÊNCIA AUDITIVA: perda bilateral, parcial ou total de 41 decibéis (dB) ou mais, aferida por audiograma, nas frequências de 500 Hz, 1.000 Hz, 2.000 Hz e 3.000 Hz.

III - DEFICIÊNCIA VISUAL:

1. Cegueira - acuidade visual igual ou menor que 0,05 (20/400) no melhor olho, com a melhor correção óptica. **2.** Baixa visão - acuidade visual entre 0,3 (20/66) e 0,05 (20/400) no melhor olho, com a melhor correção óptica. **3.** Campo visual - em ambos os olhos forem iguais ou menores que 60°. **4.** A ocorrência simultânea de quaisquer das situações anteriores.

IV - DEFICIÊNCIA MENTAL: funcionamento intelectual significativamente inferior à média, com manifestação antes dos 18 anos e limitação associadas a duas ou mais áreas de habilidades adaptativas, tais como:

1- Comunicação	5- Saúde e Segurança
2- Cuidado pessoal	6- Habilidades
3- Habilidades Sociais	7- Lazer
4- Utilização dos Recursos da Comunidade	8- Trabalho

V - DEFICIÊNCIA MÚLTIPLA: associação de duas ou mais deficiências.

VI - Autorizo a descrição do CID de minha patologia.

CÓDIGO INTERNACIONAL DE DOENÇAS (CID 10) DA PATOLOGIA EM: _____

Descrição detalhada da deficiência conforme itens “b” e “c” deste documento:

_____, ____/____/____

Assinatura, Carimbo e CRM Médico

Assinatura do Candidato

ANEXO III

FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO DE TÍTULOS

NOME _____

CPF: _____

RG: _____ ÓRGÃO EMISSOR/UF: _____

ENDEREÇO: _____

BAIRRO: _____ CIDADE: _____

TELEFONE: _____ TELEFONE: _____

E-MAIL: _____

FUNÇÃO PRETENDIDA: _____

Especificação	Valor unitário	Quantidade de títulos apresentados	Pontuação obtida
Doutorado concluído na área pretendida ou área correlata	3,0		
Mestrado concluído na área pretendida ou área correlata	2,5		
Especialização/Pós-graduação lato sensu, com carga horária mínima de 360 horas, na área pretendida ou correlata	1,5		
Cursos de capacitação ou aperfeiçoamento acima de 20 horas , relacionados à área pretendida	1,0		
Cursos de capacitação ou aperfeiçoamento de até 20 horas , relacionados à área pretendida	0,5		

Participação em congressos, seminários, conferências, palestras, simpósios ou eventos relacionados à área pretendida	1,0		
TOTAL DE PONTOS - Máximo: 20			

Assinatura do Candidato

ANEXO IV

FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO DE EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL

NOME _____

CPF: _____

RG: _____ ÓRGÃO EMISSOR/UF: _____

ENDEREÇO: _____

BAIRRO: _____ CIDADE: _____

TELEFONE: _____ TELEFONE: _____

E-MAIL: _____

FUNÇÃO PRETENDIDA: _____

Especificação	Valor unitário (por mês trabalhado)	Quantidade de meses comprovados	Pontuação obtida
A cada mês trabalhado na função pretendida	1,0		
TOTAL DE PONTOS – Máximo 80			

Assinatura do Candidato