



FORMULÁRIO DE RELAÇÃO DE DOCUMENTOS - MÉDICO

OBS.: Todos os documentos devem estar em **ARQUIVO ÚNICO, em formato *PDF*** para realização de upload no endereço eletrônico <https://acessocidadao.es.gov.br>, no Sistema E-Docs.

Nº DA CONVOCAÇÃO: _____

NOME DO CANDIDATO: _____

Nº DE INSCRIÇÃO: _____

CARGO: _____

UNIDADE: _____

Assinale com um X os documentos que serão encaminhados para 2ª ETAPA:

- ☐ () Ficha de Inscrição/Comprovante de Inscrição;
- ☐ () Carteira de Identidade (RG) ou Carteira Nacional de Habilitação (CNH) que esteja dentro do prazo de validade;
- ☐ () Carteira de Trabalho e Previdência Social (CTPS) - (Caso necessário para comprovação de tempo de experiência profissional);
- ☐ () Laudo Médico – Se Pessoa com Deficiência (PcD) com validade máxima de 6 meses;
- ☐ () Diploma de Graduação ou Certificado de Conclusão de Curso, acompanhado de Histórico Escolar, concluído até a data da inscrição **(requisito do cargo)**;
- ☐ () Certificado de Conclusão de Curso de Pós-Graduação Lato Sensu (Especialização) e Stricto Sensu (Mestrado e Doutorado), quando couber, na área em que concorre ou Declaração, desde que acompanhado de Histórico escolar (concluído até a data da inscrição);
- ☐ () Carteira do Conselho de Classe, quando couber, para Profissões com registro obrigatório;
- ☐ () Declaração/Certidão de tempo de serviço conforme descrito no item 7.2 - itens I, II e III e IV deste Edital.
- ☐ () Documentação comprobatória do Requisito do Cargo;
- ☐ () Auto Declaração de Cor/Etnia – **Candidatos Negros**;
- ☐ () Certidão de Nascimento ou Registro Administrativo de Nascimento de Indígena (RANI), bem como, a declaração de sua respectiva comunidade sobre sua condição de pertencimento étnico, assinada por pelo menos duas lideranças reconhecidas - **Candidatos Indígenas**.