



**ANEXO - V**

**FORMULÁRIO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS**

**INSCRIÇÃO Nº** \_\_\_\_\_

**Nome completo:** \_\_\_\_\_

**VAGA PRETENDIDA**

( ) ACS - Agente Comunitário de Saúde - UBS e/ou Comunidade:

( ) ACE Agente de Combate a Endemias - UBS e/ou Comunidade:

( ) Microscopista - UBS e/ou Comunidade:

**RELAÇÃO DE DOCUMENTOS ENTREGUES A COMISSÃO**

Original/Cópia Carteira de identidade;	Original/Cópia da Declaração de Residência (autenticado em cartório);	
Original/Cópia do CPF;	Original/Cópia do PIS/PASEP;	
Cópia do Comprovante Quitação Militar;	Original do Nada Consta da Justiça Federal;	
Original/Cópia do Comprovante de Ensino Médio;	Original do Nada Consta da Justiça Estadual;	
Curso de formação inicial, com carga horária mínima de quarenta horas	Original do Nada Consta da Justiça Eleitoral;	
Original/Cópia do Comprovante Quitação Eleitoral;	Original/Cópia da Declaração de Residência (autenticado em cartório).	



Estado do Amazonas  
Prefeitura Municipal de Benjamin Constant  
Secretaria Municipal de Saúde



	Original/Cópia do Comprovante de Residência;		
--	--	--	--

Benjamin Constant /AM, \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_.

---

**Membro da Comissão**