



**FORMULÁRIO DE RELAÇÃO DE DOCUMENTOS – NÍVEL 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;
- ☐ 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);
- ☐ 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, 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**.