



## ANEXO III FICHA DE INSCRIÇÃO

(Preenchimento em letra de forma)

CARGO: \_\_\_\_\_  
Nome Completo: \_\_\_\_\_ Nº do  
Registro Geral: \_\_\_\_\_ Órgão expedidor: \_\_\_\_\_ Data  
de expedição: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_ Data  
de Nascimento: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Naturalidade: \_\_\_\_\_  
Estado Civil: \_\_\_\_\_  
Nº de dependentes \_\_\_\_\_  
Filiação: \_\_\_\_\_  
Endereço: \_\_\_\_\_  
Número: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_  
Cidade: \_\_\_\_\_  
Estado: \_\_\_\_\_  
CEP: \_\_\_\_\_  
Tel. Fixo: \_\_\_\_\_ Tel. Celular: \_\_\_\_\_  
E-mail: \_\_\_\_\_ Pessoa com deficiência (Indicar no espaço o código  
correspondente da classificação internacional de doenças: ( ) NÃO ( ) SIM – CID:  
\_\_\_\_\_. Observações Complementares:

Declaro ter lido e concordar, sem reservas, com as regras contidas no EDITAL PARA  
CONTRATAÇÃO E FORMAÇÃO DE CADASTRO DE RESERVA DE PROFISSIONAIS DE  
SAÚDE PARA EXERCER SUAS ATRIBUIÇÕES NO HOSPITAL E MATERNIDADE LUZIA  
TEODORO DA COSTA, NO MUNICÍPIO DE ORÓS - CE.

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

.....  
**Assinatura do Candidato(a)**