



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)