



### 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 PARA EXERCER SUAS ATRIBUIÇÕES NOS EQUIPAMENTOS DE SAÚDE: UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE (UBS) CAPS E CENTRO DE PARTO, NO MUNICÍPIO DE FORQUILHA - CE.

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

Assinatura  
do Candidato(a)

