



**Instituto Ortopédico de Goiânia.**

RUA T-27 C/ T-49, NO. 819 - SETOR BUENO

CEP: 74210-030

FONE: (62) 3252-5000 - CEIOG (62) 3252-5140

[ceiog@iognet.com.br](mailto:ceiog@iognet.com.br) / [www.iognet.com.br](http://www.iognet.com.br)

**EDITAL DE PROCESSO SELETIVO Nº 01/2025**

**ANEXO I**

**FICHA DE INSCRIÇÃO Nº ----**

Foto  
3x4

NOME DO PROGRAMA DESEJADO: \_\_\_\_\_

NOME: \_\_\_\_\_

SEXO: \_\_\_\_\_ ESTADO CIVIL: \_\_\_\_\_ DATA NASC.: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

NATURALIDADE: \_\_\_\_\_ NACIONALIDADE: \_\_\_\_\_

FILIAÇÃO: \_\_\_\_\_

E \_\_\_\_\_

IDENTIDADE: \_\_\_\_\_ ÓRGÃO EXP.: \_\_\_\_\_

C.P.F \_\_\_\_\_ ENDEREÇO RESID.: \_\_\_\_\_

CEP: \_\_\_\_\_

TELEFONE RESIDENCIAL: ( ) \_\_\_\_\_ Celular : ( ) \_\_\_\_\_

Recado: ( ) \_\_\_\_\_ EMAIL: \_\_\_\_\_

GRADUAÇÃO FACULDADE: \_\_\_\_\_

ANO DE FORMATURA \_\_\_\_\_ CRM: \_\_\_\_\_

CONHECIMENTO DE LÍNGUA ESTRANGEIRA:

PRMGFC ( ) SIM ( ) NÃO

\* INGLÊS: FALA: ( ) SIM ( ) NÃO

LÊ: ( ) SIM ( ) NÃO

\* ESPANHOL: FALA: ( ) SIM ( ) NÃO

LÊ: ( ) SIM ( ) NÃO

\*OUTRA(S): Qual

(is)? \_\_\_\_\_

1) \_\_\_\_\_

2) \_\_\_\_\_

COMO TOMOU CONHECIMENTO DESTA RESIDÊNCIA?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

CONHECIMENTO EXTRACURRICULAR NO PROGRAMA DESEJADO \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

GOIÂNIA, \_\_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_ DE 20\_\_\_\_.

ASSINATURA DO CANDIDATO OU RESPONSÁVEL