



**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 III**

**REQUERIMENTO DE CANDIDATA LACTANTE**

Eu, \_\_\_\_\_, número de inscrição no concurso \_\_\_\_\_, portadora do CPF nº \_\_\_\_\_, RG nº \_\_\_\_\_, Órgão \_\_\_\_\_, UF \_\_\_\_\_, e-mail \_\_\_\_\_ e telefone para contato \_\_\_\_\_, conforme o disposto no art. 65, § 2º, da Resolução nº 109/CSMPDFT, informo que desejo retirar-me, temporariamente, da sala em que estiver realizando a prova objetiva, para amamentação de meu filho(a) \_\_\_\_\_, criança que permanecerá, no período da prova, sob os cuidados de \_\_\_\_\_.

Goiânia \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/2024

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Candidato

OBS: O laudo Médico e a solicitação para a prova especial ou condição especial (quando for o caso) deverão ser encaminhados conforme edital do Processo nº 01/2025