



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 / www.iognet.com.br

EDITAL DE PROCESSO SELETIVO Nº 02/2025

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 _____/_____/2025

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 002/2025