

Verificado por: \_\_\_\_\_  
 Qtd.: \_\_\_\_\_  
 Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Horário: \_\_\_\_:\_\_\_\_

HOSPITAL DE DOENÇAS TROPICAIS - HDT  
 GESTÃO: INSTITUTO SÓCRATES GUANAES – C.G. 091/2012  
 FICHA DE INSCRIÇÃO – Edital 003/2026 \* PREENCHER COM LETRA DE FORMA  
 SELEÇÃO PÚBLICA – Edital 003/2026 – DE 13 A 17 DE ABRIL DE 2026

1. IDENTIFICAÇÃO:		
Nome:	CPF:	
Identidade nº:	Órgão Emissor:	Data Nasc.: / /
E-mail:	Tel fixo: ( )	Cel: ( )
2. ENDEREÇO:		
Rua:		
Cond.:	Bloco:	Apto:
Bairro:	CEP:	nº:
Cidade:	UF:	
3. ESCOLARIDADE:		
Nível Superior <input type="checkbox"/>		
4. CARGO AO QUAL CONCORRE		
<input type="checkbox"/> Médico Dermatologista	<input type="checkbox"/> Médico Infectologista	
<b>Necessário apresentação das documentações conforme pré requisito de cada cargo disponível no em site: <a href="http://www.isgsaude.org">www.isgsaude.org</a></b>		
5. POSSUI QUAL DEFICIÊNCIA?		
<input type="checkbox"/> FÍSICA	<input type="checkbox"/> AUDITIVA	<input type="checkbox"/> VISUAL
<input type="checkbox"/> INTELECTUAL	<input type="checkbox"/> MENTAL	<input type="checkbox"/> MÚLTIPLAS
5.1 No caso de pessoa com deficiência: Identificar o CID		
5.1.1 Indicação das condições diferenciadas para realização da entrevista:		
5.1.2 Possui familiar de 1º, 2º ou 3º grau na referida unidade (Em caso do SIM, identificar cargo e área de atuação do familiar). ( ) sim ou ( ) não Cargo: Área:		
5.1.3 Possui Vínculo de Agente Público ou Ex Agente Público, em caso SIM, identificar. (Agente Público entende-se, é aquele que presta qualquer tipo de serviço ao Estado, que exerce funções públicas, no sentido mais amplo possível dessa expressão, significando qualquer atividade pública). ( ) sim ou ( ) não		
DECLARO que conheço e concordo com a coleta e o tratamento dos meus dados pessoais pelo ISG, de acordo a Lei 13.709/18 – Lei Geral de Proteção de Dados – LGPD, e nos termos dispostos no Edital do processo seletivo, bem como que recebi o comprovante da solicitação de inscrição devidamente assinado.		
		Goiânia, ____/____/2025.
_____ ASSINATURA LEGÍVEL		
<b>HOSPITAL DE DOENÇAS TROPICAIS - HDT</b> <a href="http://WWW.ISGSAUDE.ORG">WWW.ISGSAUDE.ORG</a> <b>COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO PREENCHIMENTO ISG</b>		
<b>FICHA DE INSCRIÇÃO – Edital 003/2026 – DE 13 A 17 DE ABRIL DE 2026</b>		
NOME:	CARGO:	
ASSINATURA ISG:	DATA/HORA:	

**CRONOGRAMA ESTIMADO DE ETAPAS**

DATA	DISCRIMINAÇÃO
08/04/2026	PUBLICAÇÃO DO EDITAL
13/04/2026 à 17/04/2026	INSCRIÇÕES, <u>HORÁRIO DAS 08:00 ÀS 12:00</u>
22/04/2026	PUBLICAÇÃO DO RESULTADO DA AVALIAÇÃO CURRICULAR
23/04/2026	PRAZO DE RECURSO DA SEGUNDA FASE, <u>HORÁRIO DAS 08:00 ÀS 16:00</u>
27/04/2026	CONVOCAÇÃO PARA SEGUNDA FASE
28/04/2026 e 29/04/2026	EXECUÇÃO DA SEGUNDA FASE: PROVA ORAL
Até 30/04/2026	PUBLICAÇÃO DO RESULTADO FINAL DE TODAS AS VAGAS COM CADASTRO RESERVA