

GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ  
SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DO CEARÁ  
ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DO CEARÁ – ESP/CE  
DIRETORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE – DIPS  
COMISSÃO DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE (COREMU)

PROCESSO SELETIVO PARA OS PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA EM ÁREA PROFISSIONAL DA SAÚDE, NA  
MODALIDADE MULTIPROFISSIONAL E UNIPROFISSIONAL

EDITAL N.º 29/2017

ANEXO XI – FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE USO DO NOME SOCIAL

NOME DO Participante: \_\_\_\_\_

NOME SOCIAL DO Participante: \_\_\_\_\_

CPF \_\_\_\_\_ N° DE INSCRIÇÃO: \_\_\_\_\_

E-MAIL \_\_\_\_\_ TELEFONE CONTATO: \_\_\_\_\_

Argumentação do Participante com letra legível.

(Se necessário, use o verso.)  
Fortaleza/CE, \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Participante

**Participante que se identifica e quer ser reconhecida socialmente, em consonância com sua identidade de gênero, em conformidade com o Decreto N° 8.727, de 28 de abril de 2016.**

O formulário preenchido e assinado, acompanhado da cópia autenticada do documento oficial de identidade do Participante, deverá ser entregue, conforme Anexo III – Calendário de atividades.