

## ANEXO IV

### MODELOS DE REQUERIMENTOS

#### ISENÇÃO DO PAGAMENTO DO VALOR DA INSCRIÇÃO

Declaro para fins de isenção do pagamento do valor da inscrição no Concurso Público da Autarquia Hospitalar Municipal – AHM, para o cargo de \_\_\_\_\_, que a composição de minha renda familiar corresponde ao discriminado no quadro a seguir:

RENDA FAMILIAR (membros da família residente sob o mesmo teto)

NOME COMPLETO	GRAU DE PARENTESCO	DATA DE NASCIMENTO	REMUNERAÇÃO MENSAL, EM R\$	CPF

Estou ciente que poderei ser responsabilizado criminalmente, caso as informações aqui prestadas não correspondam à verdade.

---

ASSINATURA DO CANDIDATO  
Nº DO DOCUMENTO DE IDENTIDADE  
Nº DO CPF

## ANEXO V

### REQUERIMENTO DE "NOME SOCIAL"

Nos termos de artigo 2º, "caput", do Decreto nº 51.180, de 14 de janeiro de 2010, eu \_\_\_\_\_(nome civil do interessado), portador de Cédula de Identidade nº \_\_\_\_\_ inscrito no CPF sob o nº \_\_\_\_\_, solicito a inclusão e uso do meu **nome social** ( \_\_\_\_\_ ) (indicação do nome social), nos registros municipais relativos aos serviços públicos prestados por este órgão ou unidade.

\_\_\_\_\_  
LOCAL/DATA

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