

PRM



HOSB  
DESDE 1966

# FICHA DE INSCRIÇÃO

PROCESSO DE SELEÇÃO 2024

Modelo 0.001.2024

Foto 3 X 4

NOME COMPLETO

SEXO

Masculino  Feminino

DATA DE NASCIMENTO

/  /

ENDEREÇO

NÚMERO

COMPLEMENTO

MUNICÍPIO

UF

CEP

CELULAR

TELEFONE

EMAIL

UNIDADE DE ENSINO DE MEDICINA

ANO DE CONCLUSÃO

PORTADOR DE NECESSIDADE ESPECIAL? ( ) SIM ( ) NÃO

QUAL?

POR QUE ESCOLHEU O HOSPITAL OFTALMOLÓGICO SANTA BEATRIZ?

Declaro, para os fins de direito, estar ciente do EDITAL que regula a seleção e concordo com seus termos, nada tendo a objetar quanto a sua aplicação.

Assinatura: \_\_\_\_\_

Data: / /

PROGRAMA DE  
RESIDÊNCIA MÉDICA  
2024



HOSPITAL OFTALMOLÓGICO  
**Santa Beatriz**  
Oftalmologia ao alcance de todos