

PRM



HOSB
DESDE 1966

FICHA DE INSCRIÇÃO

PROCESSO DE SELEÇÃO 2025

Modelo 0.001.2025

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
2025



HOSPITAL OFTALMOLÓGICO
Santa Beatriz
Oftalmologia ao alcance de todos