

**FICHA DE INSCRIÇÃO**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nome: | |  | | | | | | | | | | | | |
| RG: | |  | | | | | Estado: | |  | | FOTO | | | |
| CRM: | |  | | | | | Estado: | |  | |
| CPF: | |  | | | Sexo: |  FEM.  MASC. | | | | |
| Data  Nascimento: | | / / | Estado Civil: | | | |  | | | |
| Certificado de Reservista ou Protocolo: | | | |  | | | | | | |
| Endereço: |  | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
| Bairro: |  | | | | Cidade: | |  | | | | | Estado: | |  |
| CEP: |  | | | Telefones c/ DDD: | | Res: | | | | | | | | |
| Cel: | | | | | | | | |
| E-mail: | |  | | | | | | | | | | | | |
| Faculdade: | |  | | | | | | Ano de Formatura: | | | | |  | |
| Cidade: | |  | | | | | | | | Estado: | |  | | |

Como conheceu o Hospital Paulista?

* Preencher a ficha de inscrição com letra de forma legível e assinar;
* Remeter via SEDEX ou por email.
* Na falta de qualquer documento a inscrição será cancelada;
* Não serão devolvidos valores de inscrições por desistência ou não comparecimento às provas.

São Paulo, de de

Assinatura do Candidato

