

**OCULISTAS ASSOCIADOS DA PARAÍBA LTDA.
CENTRO OFTÁLMICO TARCÍZIO DIAS (CENOFT)
COMISSÃO DE RESIDÊNCIA MÉDICA**

FICHA DE INSCRIÇÃO – PROCESSO SELETIVO 2019

Nome _____

Filiação: Pai - _____

Mãe - _____

Nacionalidade: _____ Sexo: _____ Sangue: Tipo e Fator RH: _____ E. Civil _____

Certidão N.º : _____ Nome do Cartório: _____

Livro: _____ Fls: _____ Termo: _____ Data de Emissão: _____

Data do Nascimento: ____ / ____ / ____ , Natural de: _____ UF: ____

RG n.º _____ SSP/ ____ Exp. em: _____, CPF n.º _____

Título de Eleitor n.º _____ Seção n.º _____, Zona n.º _____ UF: ____

PIS/PASEP/NIT n.º _____ C. Corrente n.º _____, Ag. n.º. _____ B. do Brasil

E-Mail: _____ .

Endereço: _____

Telefones: _____ Whatsapp: _____