

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

**FICHA DE INSCRIÇÃO – PROCESSO SELETIVO 2021**

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: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ .

Assinatura do candidato: \_\_\_\_\_