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

FICHA DE INSCRIÇÃO – PROCESSO SELETIVO 2027

Possui PROVAB S ☐ N ☐ Possui PRMGFC S ☐ N ☐

Nome _____

Filiação: Pai - _____

Mãe - _____

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

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. nº. _____ B. do Brasil

E-Mail: _____ .

Endereço: _____

_____

Telefones: _____ Whatsapp: _____

Data: _____ / _____ / _____.

Assinatura do candidato: _____