

FICHA DE INSCRIÇÃO

Nome:						FOTO	
RG:			Estado:				
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 e-mail.
- 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