

## FICHA DE INSCRIÇÃO

Nome:					
RG:		Estado:		FOTO	
CRM:		Estado:			
CPF:		Sexo:	<input type="checkbox"/> FEM. <input type="checkbox"/> 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?

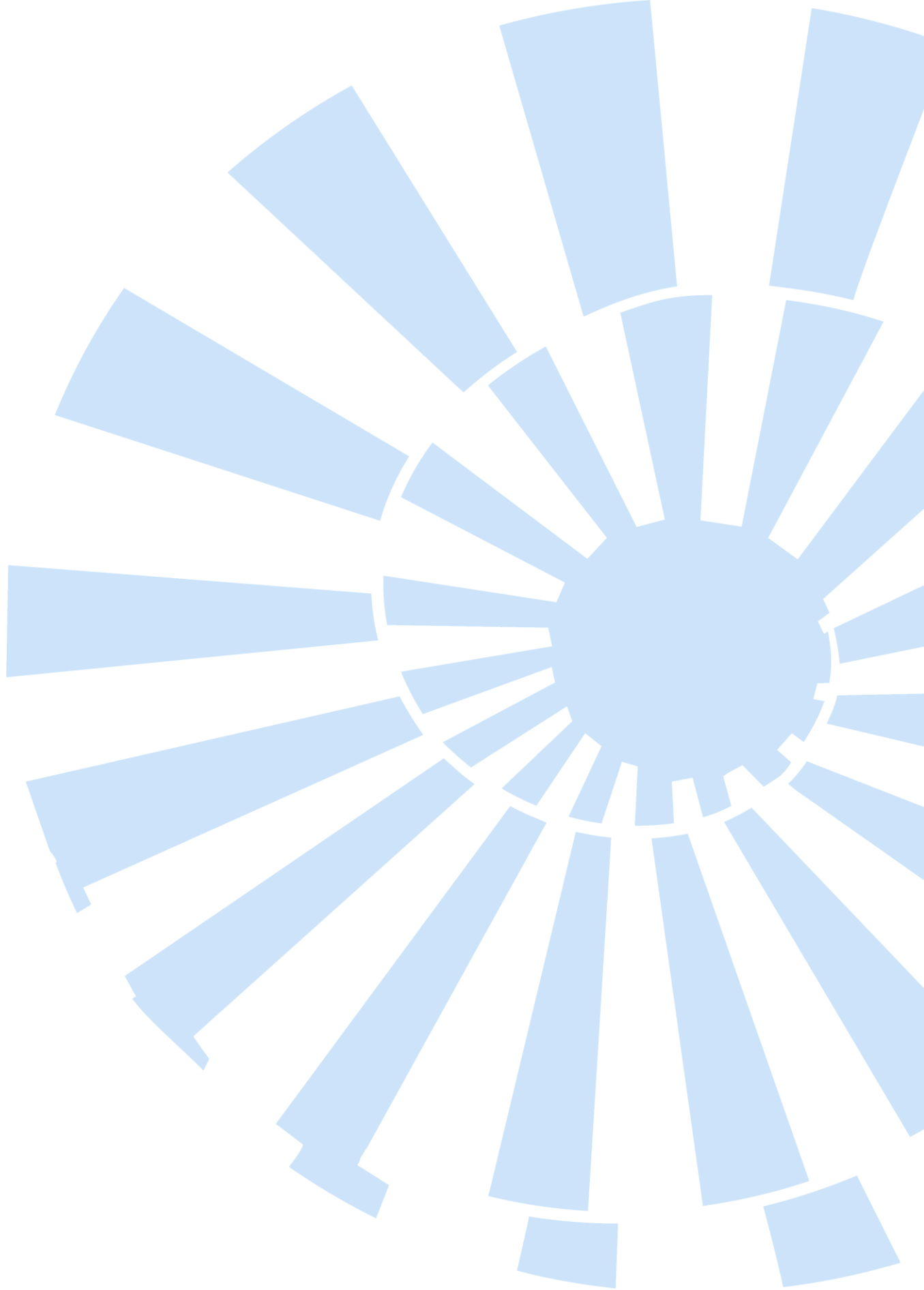
---

---

- 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



Rua Dr. Diogo de Faria,780 – Vila Mariana  
São Paulo/SP - Tel: (011) 5087-8700  
[www.hospitalpaulista.com.br](http://www.hospitalpaulista.com.br)



Dr. Braz Nicodemo Neto  
Diretor Técnico Médico  
CRM-SP 70.179