



# ASSOCIAÇÃO SANTA MARIA DE SAÚDE

## **HOSPITAL MUNICIPAL "WALTER FERRARI"**

RUA Amazonas, 08 – Jaguariúna/SP – Fone: (19) 3867-1122 – Fax: 3867-5042

CNPJ 04.295.265/0001-15

INSCRIÇÃO: ISENTA

Inscrição n°. \_\_\_\_\_

Foto 3 x 4

### **Ficha de Inscrição Residência Médica-2022**

#### **Dados Pessoais**

Nome:	
Data Nascimento:	Naturalidade:
CPF:	Nacionalidade:
RG:	Estado da Federação:
Órgão de Emissão:	Data de expedição:
Nome Completo da mãe:	
Endereço:	
Bairro:	Cidade:
Telefone Residencial: ( )	Celular: ( )
E-mail:	

#### **Dados Técnicos**

Nome da Faculdade:	
Cidade:	Estado:
Ano da Formatura:	CRM:

#### **Programa:**

<input type="checkbox"/> <b>CIRURGIA GERAL</b>
--

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

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Candidato (a)

(As informações contidas neste formulário são de exclusiva responsabilidade do candidato).