



Ficha de Inscrição

Programa de Residência em Pediatria

Dados Pessoais

Nome: _____

Nome do Pai: _____

Nome da Mãe: _____

Data de Nascimento: ____ / ____ / ____

Rg: _____ Cpf: _____

Ano de Formatura: _____

Informações de Contato

Telefone: _____ Celular: _____

E-mail: _____

Informações de Endereço

Endereço: _____

Bairro: _____

CEP: _____

Cidade: _____ Estado: _____

Para finalizar a inscrição, após o preenchimento do cadastro, os candidatos devem depositar a taxa no valor de R\$ 300,00 (Trezentos Reais):

BANCO DO BRASIL

Agência: 5121-7

Conta corrente: 86794-2

Em favor De Hospital Med Imagem Ltda - Filial Prontomed Infantil

CNPJ: 63326243/0003-04

A inscrição só será válida após o envio do comprovante de pagamento da taxa, anexado com esta ficha de inscrição para o e-mail coreme@hospitalprontomed.com.br.