



Hospital Oftalmológico do Acre

Diretor Técnico: Dr. Paulo Velloso - CRM: 50 - RQE: 5

FICHA DE INSCRIÇÃO

**HOSPITAL OFTALMOLÓGICO DO ACRE
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MÉDICA**

Telefone: 68 – 3224 2161 / 68 – 98423 5589

Email : administrativo@centromedicovelloso.com.br

Nome: _____

Data de Nascimento: ____/____/____ Natural de: _____

Nacionalidade: _____ Estado Civil: _____

Pai: _____

Mãe: _____

RG: _____ CPF: _____

Título de Eleitor: _____

Faculdade em que Formou: _____

Ano: _____ Estado: _____

Endereço: _____ Nº _____

Bairro: _____ Cidade: _____

UF: _____ Cep: _____ Telefone: _____

Email: _____

Rio branco, _____ de _____ de _____.

Assinatura do Candidato.