

HOSPITAL DE CÂNCER DE MATO GROSSO
PROCESSO DE SELEÇÃO PARA RESIDÊNCIA EM CIRURGIA
E TRAUMATOLOGIA BUCOMAXILOFACIAL 2015

FOTO

FICHA DE INSCRIÇÃO

Nome:			
RG:	UF	O.Emissor:	Data da emissão
CRM:	UF	CPF	PIS/PASEP
D. Nasc.:	Local nasc.:		Sexo: ()M ()F
Endereço:			
Bairro:	Cidade:		UF
CEP:	Telefones:		
E-mail em LETRA DE FORMA			
Nome da mãe:			
Curso superior:	Concluído em:		
Residência em:	Concluído em:		
Apresentar os seguintes documentos :			
<ul style="list-style-type: none">• Ficha de inscrição devidamente preenchida e assinada pelo candidato;• Pagamento da taxa de inscrição;• Cópia autenticada do Diploma do Curso de Graduação em Odontologia ou• Certificado de conclusão do curso;• Cópia autenticada (ou simples com apresentação da original) da cédula de identidade;• Cópia autenticada (ou simples com apresentação da original) do CPF;• Cópia autenticada do histórico escolar do curso de graduação em odontologia;• Cópia autenticada do diploma de cirurgião-dentista ou declaração de conclusão. Caso esteja cursando o último semestre do curso de Odontologia, deverá comprovar via carta assinada pelo Diretor da Faculdade;• Curriculum Vitae atualizado (modelo Plataforma Lattes: www.cnpq.br);• 01 foto 3x4 recente colada à ficha de inscrição (vide anexo);• Inscrição somente será aceita se atender aos requisitos descritos acima até o último dia da inscrição;			
ATENÇÃO: Encaminhar por correio eletrônico no end.: residenciamedica@hcancer.com.br			
a ficha de inscrição devidamente preenchida e assinada em conjunto com o comprovante de depósito do valor da inscrição. O depósito identificado com CPF do candidato no Banco do Brasil, agência 2960-2, conta corrente 14221-2, em nome da Associação Matogrossense de Combate ao Câncer.			

Solicito inscrição no Processo Seletivo do Programa de Residência em Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial.

Assinatura:

Cuiabá ___de ___de _____