



CONSELHO BRASILEIRO DE OFTALMOLOGIA



HOSPITAL DA GAMBOA  
HOSPITAL NOSSA SENHORA DA SAÚDE  
SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DO RIO DE JANEIRO

**FICHA DE INSCRIÇÃO**  
**PROCESSO SELETIVO**  
**ESPECIALIZAÇÃO EM OFTALMOLOGIA**  
**2019 – HOSPITAL DA GAMBOA**

Foto 3x4  
cole aqui sua foto

O envio deste formulário com foto e assinado pelo candidato, deve ser feito preferencialmente via e-mail.: [atendimento@iorj.med.br](mailto:atendimento@iorj.med.br)

**IDENTIFICAÇÃO DO CANDIDATO**

NOME: \_\_\_\_\_

CRM: \_\_\_\_\_ ESTADO: \_\_\_\_\_ DATA NASCIMENTO: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

FORMAÇÃO EM MEDICINA: \_\_\_\_\_ CONCLUSÃO: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

NATALIDADE: \_\_\_\_\_ ESTADO: \_\_\_\_\_ NACIONALIDADE: \_\_\_\_\_

ENDEREÇO: \_\_\_\_\_ Nº \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_

IDENTIFICAÇÃO (RG): \_\_\_\_\_ ÓRGÃO EXPEDIDOR \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

E-MAIL: \_\_\_\_\_

TELEFONE(S) COM DDD, RESIDENCIAL: \_\_\_\_\_ CEL1: \_\_\_\_\_ CEL2: \_\_\_\_\_

RIO DE JANEIRO, \_\_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_ 20\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura

**PREENCHER EM LETRA DE FORMA.** Incluir cópia do CRM, RG, CPF, diploma ou declaração do curso de medicina e comprovante de depósito.