



## ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR CASA DE SAÚDE DE SANTOS - CSS

INSCRIÇÃO N° \_\_\_\_\_/202\_\_ (uso exclusivo CSS)

Especialidade: \_\_\_\_\_

### 1. DADOS PESSOAIS

Nome: \_\_\_\_\_

Sexo: ☐ Masculino ☐ Feminino

Endereço residencial: \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ Complemento: \_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_ Cidade/UF: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

Telefone: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Celular: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Data de nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Estado civil: \_\_\_\_\_

Naturalidade: \_\_\_\_\_ Nacionalidade: \_\_\_\_\_

N° do RG: \_\_\_\_\_ Órgão Emissor: \_\_\_\_\_ Data de expedição: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_ CRM: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_

PIS/NIT (n° inscrição de autônomo): \_\_\_\_\_

### 2. FORMAÇÃO ACADÊMICA / TITULAÇÃO

| TÍTULO     | ANO | ÁREA | INSTITUIÇÃO |
|------------|-----|------|-------------|
| Graduação  |     |      |             |
| Residência |     |      |             |
| Residência |     |      |             |

3. BONIFICAÇÃO ADICIONAL (PREENCHER REQUERIMENTO DE SOLICITAÇÃO - ANEXO II E III DO EDITAL).  
NÃO É CUMULATIVO, O CANDIDATO DEVERÁ ESCOLHER APENAS UM PROGRAMA (NOTA TÉCNICA 94/2015).

☐ PRMGFC ☐ PROVAB

4. DECLARO TER LIDO, NA ÍNTEGRA, O EDITAL N° 002/2021 - PROCESSO SELETIVO PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MÉDICA, DA ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR CASA DE SAÚDE DE SANTOS.

Santos, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_.

Assinatura do candidato