

*E-mail Endereço completo*

**HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UFMG**

**Processo seletivo para a Residência em Cirurgia**

**e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial**

**HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UFMG**

**Processo seletivo para a Residência em Cirurgia**

**e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial**

*Secretária - CTBMF – HC/UFMG*

*Declaro estar ciente e de acordo com todas as normas para o processo seletivo da Residência em Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial do HC/UFMG, bem como aceitar as decisões que possam ser tomadas pela GEP em casos omissos.*

*Assinatura do candidato data Secretária - CTBMF – HC/UFMG*

*Belo Horizonte, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_*

*Número de Inscrição*

*Nome do candidato*

***Comprovante de Inscrição***

*Estado*

*Órgão expedidor*

*Estado civil*

*1 – casado 2 – solteiro 3 - outro*

*Escola de conclusão do curso de graduação*

*CEP DDD Telefone*

*Documento de identidade*

*M F*

*Sexo*

*Nacionalidade*

*Data de nascimento*

*DDD Celular*

*Nome da mãe*

*Sexo*

*Filiação/Nome do pai*

*Nome do candidato*

*Número de Inscrição*

***Requerimento de Inscrição***