HOSPITAL HUMBERTO CASTRO LIMA | IBOPC

FELLOWSHIP 2026
Ficha de Inscrição

DADOS PESSOAIS

NOME:

RG/ÓRGÃO EMISSOR:

CPF:

DATA DE NASCIMENTO: _____/____/_____

NATURALIDADE:

ESTADO CIVIL:

PAI:

MÃE:

RUA: _____ NÚMERO: _____

BAIRRO: _____ CIDADE: _____ UF: _____ CEP: _____

COMPLEMENTO: _____

CONTATO

E-MAIL:

TELEFONE FIXO:

CELULAR:

INFORMAÇÕES MÉDICAS

RESIDÊNCIA MÉDICA – INSTITUTIÇÃO:

ANO DE CONCLUSÃO:

NÚMERO E ESTADO DO CRM: _____

CREDENCIADA AO MEC: SIM ☐ NÃO ☐

CREDENCIADA AO CBO: SIM ☐ NÃO ☐

TÍTULO DE ESPECIALISTA CBO: SIM ☐ NÃO ☐ ANO: _____

SUBESPECIALIDADE PRETENDIDA

GLAUCOMA ☐	PLÁSTICA OCULAR ☐	RETINA (CLÍNICA E CIRÚRGICA) ☐

OBSERVAÇÕES (CAMPO PARA USO EXCLUSIVO DO HHCL/IBOPC

Coordenação de Ensino em Oftalmologia: (71) 3173.8218