



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO LAURO WANDERLEY
RESIDÊNCIA EM ÁREA ÁREA PROFISSIONAL DE SAÚDE
CIRURGIA E TRAUMATOLOGIA BUCO-MAXILO-FACIAIS



Requerimento de Inscrição

Ilustríssimo Senhor
Prof. Dr. Marcos Antonio Farias de Paiva.
Coordenador do programa de Residência em Cirurgia Traumatologia Buco-Maxilo-Faciais do Hospital Universitário Lauro Wanderley – UFPB.

Eu, _____, estado civil:
_____, portador de RG nº. _____, CPF:
_____ natural de _____, Estado:
_____, País: _____, _____ anos de
idade, tendo concluído o Curso de Odontologia há _____ anos, na
_____, com
nota de Avaliação Curricular: _____, requiro de Vossa Senhoria sua
inscrição para pleitear uma vaga junto à Residência em Área Profissional da
Saúde: Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Faciais – Odontologia (R1).

João Pessoa, _____, de _____ de 20_____.

(assinatura do candidato)

Dados cadastrais:

Endereço: _____

Telefone fixo: _____ Telefone celular: _____

Endereço eletrônico: _____