

**Prova de Título de Especialista em Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial**

**Sociedade Brasileira de Cirurgia e Traumatologia Buco Maxilo Facial**

**Ficha de Inscrição do Candidato - 2017**

Nome: \_\_\_\_\_  
Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Gênero: \_\_\_\_\_  
Endereço: \_\_\_\_\_  
Bairro: \_\_\_\_\_ Complemento: \_\_\_\_\_  
Cidade: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
Telefone: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Celular: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
RG: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_  
CRO: \_\_\_\_\_ Ano de Formatura \_\_\_\_\_  
e-mail: \_\_\_\_\_

Associado SOBRACIBU ( )

Não Associado SOBRACIBU ( )

Documentos comprobatórios OBRIGATORIAMENTE em anexo:

- ( ) Fotocópia da carteira de inscrição no CRO, CPF, RG
- ( ) Fotocópia do Diploma de Cirurgião-Dentista
- ( ) Currículo vitae, com fotocópia de certificados de Residência e de Cursos ou pós-graduação na área de CTBMF
- ( ) TOEFL

***Declaração***

Eu, \_\_\_\_\_

**Cirurgião-Dentista, inscrito no Conselho Regional de Odontologia sob o número \_\_\_\_\_, do Estado de \_\_\_\_\_ declaro estar ciente do Edital de Convocação para a Prova de Título de Especialista em Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial, promovida pela Sociedade Brasileira de Cirurgia e Traumatologia Buco Maxilo Facial e concordo com as disposições e normas presentes no referido Edital.**

\_\_\_\_\_  
Cidade/Data

\_\_\_\_\_  
Candidato

**Enviar esta ficha ASSINADA com os documentos e currículo para:  
SOBRACIBU: Condomínio Praça Capital: Rua José Rocha Bonfim, 214 - Bloco M - sala 221  
Jardim Santa Genebra - Campinas - São Paulo - Brasil - Cep: 13080-650  
Informações: sobracibu@sobracibu.com.br ou (19) 3242-9666**

**Serão aceitas inscrições entregues ou postadas impreterivelmente até o dia 10 de novembro de 2017**