

SELEÇÃO PARA RESIDÊNCIA MÉDICA
Ano 2019



Ficha de Inscrição

Nome: _____

Data de Nascimento: ____/____/____

CRM (Estado): _____

CPF: _____ RG: _____

Canhoto

Destro

Nome completo da mãe: _____

Endereço: _____

CEP: _____ Cidade _____

Telefone para contato: _____

E-mail: _____

Ano de Formatura: _____

Escola de Graduação/UF: _____

Documentos Obrigatórios:

- Cópia de CRM
- Cópia do Diploma/declaração
- 2 Cartas de recomendação (vide edital)
- Curriculum Vitae*
- Carteira de Identidade (cópia)

Taxa de Inscrição

- Quitação R\$ 400,00 (Banco Santander 033, Agência 3722, c/c 130001258, em nome de Centro de Estudos e Pesquisas Luiz Ramina) CNPJ 08687336/0001-86

ATENÇÃO: EM CASO DE DESISTÊNCIA, A TAXA DE INSCRIÇÃO NÃO SERÁ DEVOLVIDA. AS INSCRIÇÕES SÃO DISTINTAS E INTRANSFERÍVEIS.

Eu, abaixo assinado, solicito minha inscrição para a Seleção de Residência Médica em _____ do Instituto de Neurologia de Curitiba, com início em março de 2019, estando de pleno acordo com as normas de seleção descritas no edital para a admissão neste programa. As informações, acima prestadas, são expressão da verdade e de minha inteira responsabilidade.

Assinatura: _____

Data: ____/____/2018.