

SELEÇÃO PARA RESIDÊNCIA MÉDICA
Ano 2020
Ficha de Inscrição



Nome: _____

Data de Nascimento: ____ / ____ / ____.

CRM (Estado): _____

CPF: _____ RG: _____

- Canhoto
- Destro
- PROVAB

Nome completo da mãe: _____

Telefone para contato: _____

E-mail: _____

Ano de Formatura: _____ Escola de Graduação/UF: _____

Documentos Obrigatórios (deixar as lacunas em branco para conferência da COREME-INC):

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

Taxa de Inscrição

- Quitação da taxa - R\$ 450,00 (anexar comprovante)

ATENÇÃO: A INSCRIÇÃO SÓ É CONFIRMADA MEDIANTE PAGAMENTO DA TAXA, O PAGAMENTO DEVE SER REALIZADO ATRAVÉS DO SITE: <https://www.eventosinc.com.br>
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 na especialidade de _____ do Instituto de Neurologia de Curitiba, com início em **Março de 2020**, 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: ____ / ____ / ____.