



UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAPÁ
COMISSÃO DE RESIDÊNCIA MÉDICA



FICHA DE INSCRIÇÃO

Foto 3x4

01 – NOME COMPLETO:			
02 – ENDEREÇO:			
Nome do logradouro:			
Número:		Apto:	
Bairro:		Complemento:	
CEP:		Cidade:	UF:
03 – TELEFONE(S):			
04 – FAX:			
05 – E-MAIL:			
06 – PROGRAMA SELECIONADO:			
<input type="checkbox"/> Cirurgia Geral <input type="checkbox"/> Clínica Médica <input type="checkbox"/> Ginecologia/Obstetrícia <input type="checkbox"/> Pediatria <input type="checkbox"/> Cirurgia do Trauma <input type="checkbox"/> Anestesiologia <input type="checkbox"/> Neonatologia			
07 – LOCAL DE PROVA:			
<input type="checkbox"/> Macapá/AP <input type="checkbox"/> Ananindeua/PA			
08 – Opção pelo PROVAB (de acordo com resolução da CNRM)			
<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO			

Declaro conhecer o Manual do Candidato e o Regimento da COREME-SESA e COREME HSCSL e estou plenamente ciente e de acordo quanto às suas exigências, bem como os direitos e deveres dos candidatos ao Concurso de Seleção dos Programas de Residência Médica e normas da Universidade Federal do Amapá.

____/____/____
Data

Assinatura