



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E CULTURA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAPÁ
COMISSÃO DE RESIDÊNCIA MÉDICA

FICHA DE INSCRIÇÃO



Cole uma foto 3x4 no campo acima

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		
07 – LOCAL DE PROVA:		
<input type="checkbox"/> Macapá/AP <input type="checkbox"/> Belém/PA <input type="checkbox"/> Brasília		

Declaro conhecer o Manual do Candidato e o Regimento da COREME-SESA 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.

_____/_____/_____
Data

Assinatura