



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"/> Ortopedia e Traumatologia | | | |
| 07 – LOCAL DE PROVA: | | | |
| <input type="checkbox"/> Macapá/AP | | | |
| 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