



**ANEXO IX**

**Unidade Hospitalar:** \_\_\_\_\_

**FICHA DE INSCRIÇÃO**

**PROCESSO SELETIVO SIMPLIFICADO PARA  
RESIDÊNCIA MÉDICA**

<b>Nome Completo:</b>			
<b>Formação:</b>			
<b>CPF:</b>		<b>R.G.:</b>	
<b>Endereço para correspondência:</b>			
<b>Bairro:</b>	<b>Cidade:</b>	<b>Estado:</b>	<b>CEP:</b>
<b>Telefones: res</b> ( )	<b>cel:</b> ( )	<b>coml:</b> ( )	
<b>E-mail:</b>			
<b>Tenho:</b>	<b>PROVAB</b> ( )	<b>PRMFC</b> ( )	
<b>Assinalar um "X" na vaga de Residência a qual se candidata:</b>			
<input type="checkbox"/> <b>DERMATOLOGIA (acesso direto)</b>			
<input type="checkbox"/> <b>MEDICINA DE EMERGÊNCIA (acesso direto)</b>			
<input type="checkbox"/> <b>PROGRAMA PRE-REQUISITO ÁREA CIRÚRGICA BÁSICA (acesso direto)</b>			
<input type="checkbox"/> <b>CLÍNICA MÉDICA (acesso direto)</b>			
<input type="checkbox"/> <b>ANO ADICIONAL DE ANESTESIOLOGIA - DOR</b>			
<input type="checkbox"/> <b>ANO ADICIONAL DE CARDIOLOGIA</b>			

**Declaro ter pleno conhecimento e aceitação deste Edital bem como preencher os requisitos exigidos por ele.**

\_\_\_\_\_  
( Assinatura do Candidato )