|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Processo Seletivo Simplificado para Residência Médica**  Ficha de Inscrição  Preencha os dados abaixo. | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **IDENTIFICAÇÃO** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nome | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Data de Nascimento | | Gênero | | | | | Estado Civil | | | | | | | | | | |
| /     / | |  | | | | |  | | | | | | | | | | |
| Nacionalidade | | Naturalidade | | | | | | | UF | | | País | | | | | |
|  | |  | | | | | | |  | | |  | | | | | |
| Documento | | Número do Documento | | | Órgão Emissor | | | | | | | | | Data de Expedição | | | |
|  | |  | | |  | | | | | | | | | /     / | | | |
| Número do CPF | | Número do Conselho Regional de Medicina | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| Portador de Necessidades Especiais? ( ) sim ( ) não | | | | | | Em caso afirmativo, qual? | | | | | | | | | | | |
| Em caso de interesse, informe o número do NIS: | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **CONTATO** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Endereço | | | | | | | | | | | Número | | | | Complemento | |
|  | | | | | | | | | | |  | | | |  | |
| Localidade | | | Bairro | | | | | CEP | | | UF | | | | País | |
|  | | |  | | | | |  | | |  | | | |  | |
| Telefone Celular | Telefone Residencial | | |  | | | Telefone para recados | | | | | | | | | Contato para recados |
|  |  | | |  | | |  | | | | | | | | |  |
| Endereço Eletrônico | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **DADOS ACADÊMICOS** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Instituição de Graduação em Medicina | | | | | | | | | | | | | Data de Graduação (4) | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | /     / | | | |
| Instituição de Residência Médica | | | | | | | | | | Parecer do Programa na CNRM | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |  | | | | | | |
| Programa de Residência Médica | | | | | | | | | | | | | Data de Conclusão | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | /     / | | | |
| Participou do Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica? ( ) sim ( ) não | | | | | | | | | | | | |  | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |  | | | |
| **OPÇÃO DE ESPECIALIDADES** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ( ) Clínica Médica | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ( ) Pediatria | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ( ) Cirurgia Geral | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ( ) Medicina da Família e Comunidade | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

**ATENÇÃO**

1. **A Ficha de Inscrição, após devidamente digitada/preenchida deverá ser encaminhada, impreterivelmente, até o dia 03/02/2017 para o seguinte e-mail:** [**residenciamedicamacae@gmail.com**](mailto:residenciamedicamacae@gmail.com)
2. **A confirmação da Inscrição está condicionada ao pagamento conforme edital nº 01/2017, item 3 das inscrições, no subitem 3.4, bem como a emissão do comprovante do depósito identificado para o e-mail acima citado, impreterivelmente, até o dia 10/02/2017.**
3. **Em caso de Participação no Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica, enviar o comprovante para o e-mail acima citado juntamente com a ficha de inscrição até o dia 03/02/2017.**
4. **Os candidatos que se enquadrem no item 3, subitem 3.10, deverão ter o comprovante de conclusão até o dia 28/02/2017 para a efetivação da matrícula.**