



FUNDAÇÃO SERVIÇOS DE SAÚDE DE MS
HOSPITAL REGIONAL DE MATO GROSSO DO SUL



FICHA DE INSCRIÇÃO PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MÉDICA 2020 Nº _____

PROGRAMA _____

NOME DO CANDIDATO:

RG: _____ ÓRGÃO EXPEDITOR: _____ DATA EMISSÃO: ___/___/___

CRM _____ CPF: _____ DATA DE NASCIMENTO: ___/___/___

FONE: (DDD) _____ CELULAR: (DDD) _____

E-MAIL: _____

ANEXAR CÓPIAS:

- a) Cópia do depósito da taxa de inscrição no valor de R\$ 250,00 (duzentos e cinquenta reais), que deverá ser depositado na conta da Fundação Serviços de Saúde MS, agência 2576-3, conta 600.008-8, Banco do Brasil. Em nenhuma hipótese, a taxa de inscrição será devolvida;
- b) Cópia de cédula de identidade, com validade no território nacional. O original deverá ser apresentado;
- c) Cópia do CPF (Cadastro de Pessoa Física). O original deverá ser apresentado;
- d) Cópia do Diploma de Médico, ou declaração oficial de conclusão, original ou autenticada, em papel timbrado, fornecida pela Instituição de Ensino de origem.
- e) Cópia de Comprovante de conclusão de residência médica ou declaração oficial de conclusão, original ou autenticada, em papel timbrado, fornecida pela Instituição de Ensino, em programa credenciado pela CNRM para os programas que exigem este pré-requisito(s).
- f) Curriculum Vitae documentado (uma cópia).
- g) Aos candidatos que se formaram em Universidades Estrangeiras será exigido, além da documentação acima, que os diplomas de médico estejam revalidados por Universidade Pública Brasileira, na forma da Lei e, se estrangeiro, também deverá apresentar visto permanente, e registro no CRM de acordo com CFM nº 1669/2003. h) Certificado do PROVAB, junto com declaração de não ter utilizado a pontuação para matrícula em outro Programa de Residência Médica, conforme modelo constante do Anexo II deste Edital.

CAMPO GRANDE- MS, _____ DE _____ DE 2020.

ASSINATURA DO CANDIDATO

ASSINATURA DA COREME

FICHA DE INSCRIÇÃO PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MÉDICA 2020 Nº _____ PROGRAMA _____

NOME DO CANDIDATO:

RG: _____ ÓRGÃO EXPEDITOR: _____ DATA EMISSÃO: ___/___/___

CRM _____ CPF: _____ DATA DE NASCIMENTO: ___/___/___

FONE: (DDD) _____ - _____ CELULAR: (DDD) _____

E-MAIL: _____