



## Ficha de Inscrição

### Processo Seletivo de Residência Médica – Grupo Med Imagem

### Programa de Residência Médica em Pediatria

#### Dados Pessoais

Nome: \_\_\_\_\_

Nome do Pai: \_\_\_\_\_

Nome da Mãe: \_\_\_\_\_

Data de Nascimento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Rg: \_\_\_\_\_ Cpf: \_\_\_\_\_

Instituição de Ensino onde fez graduação em Medicina: \_\_\_\_\_

Ano de Formatura: \_\_\_\_\_

#### Informações de Contato

Telefone: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

#### Informações de Endereço

Endereço: \_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_

CEP: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_

#### Inscrição no Programa

**Solicita pontuação PROVAB?** ( ) Sim ( ) Não

**Apresenta necessidade especial?** ( ) Sim ( ) Não (Justificar a necessidade por e-mail)

**Declara-se pertencer a grupo de risco para COVID-19?** ( ) Sim ( ) Não

**Caso se declare grupo de risco para COVID-19, assume o risco de fazer o processo seletivo e o exercício do programa de residência médica?** ( ) Sim ( ) Não

Declaro ciência e concordância aos termos do Edital do Processo Seletivo para vaga de Médico Residente, primeiro ano (R1), do Programa de Residência Médica em Clínica Médica ou Pediatria ou Cirurgia Geral do Grupo Med Imagem.



Para finalizar a inscrição, após o preenchimento do cadastro, os candidatos devem depositar a taxa no valor de R\$ 350,00 (Trezentos e Cinquenta Reais):

**SANTANDER**

**Agência: 4326**

**Conta corrente: 13000287-6**

**Em favor De Hospital Med Imagem Ltda**

**CNPJ: 63.326.243/0002-15**

A inscrição só será válida após o envio do comprovante de pagamento da taxa, anexado com esta ficha de inscrição para o e-mail [coreme@hospitalprontomed.com.br](mailto:coreme@hospitalprontomed.com.br).