



Ficha de Inscrição

Processo Seletivo de Residência Médica – Grupo Med Imagem

Nome do Programa de Residência Médica pretendido: _____

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 ou Medicina Intensiva do Grupo Med Imagem.



Para finalizar a inscrição, após o preenchimento do cadastro, os candidatos devem depositar a taxa no valor de R\$ 400,00 (Quatrocentos Reais):

BANCO ITAÚ

Agência: 7714.

Conta corrente: 09776-8.

Em favor de Hospital Med Imagem S.A - Filial Prontomed Adulto.

CNPJ: 63326243/0002-15.

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.