

HOSPITAL DE CÂNCER DE MATO GROSSO  
COMISSÃO DE RESIDÊNCIA MÉDICA - COREME  
PROCESSO DE SELEÇÃO PARA RESIDÊNCIA MÉDICA 2015

FOTO

FICHA DE INSCRIÇÃO

Nome:					
RG:		UF	O.Emissor:		Data da emissão
CRM:	UF	CPF		PIS/PASEP	
D. Nasc.:		Local nasc.:			Sexo: ( )M ( )F
Endereço:					
Bairro:		Cidade:		UF	
CEP:		Telefones:			
E-mail em LETRA DE FORMA					
Nome da mãe:					
Curso superior:			Concluído em:		
Residência em:			Concluído em:		
Entregar cópias dos seguintes documentos :					
a) Cópia autenticada do Registro Geral de Identificação (RG);					
b) Cópia autenticada do CPF;					
c) <b>Curriculum Vitae documentado.</b> Na elaboração do currículo o candidato deverá apresentá-lo na sequência dos itens exigidos no <u>Quadro 1</u> . Anexar APENAS às cópias dos comprovantes dos itens exigidos nos Quadro 1 que devem ser na ordem descrita;					
d) Cópia autenticada do Histórico Escolar da graduação;					
e) Cópia autenticada do Diploma de Médico ou Cédula de Identificação Médica;					
f) Cópia autenticada do Certificado de Conclusão do Programa de Residência Médica em Cirurgia Geral devidamente autorizado pela Comissão Nacional de Residência Médica. Será permitida a entrega de cópia autenticada de declaração que o candidato concluirá o PRM do pré-requisito até o dia 18 de janeiro de 2015 (Cancerologia Cirúrgica).					
g) Cópia autenticada do comprovante de Reservista (obrigatório para o sexo masculino);					
h) 02 (duas) fotos 3x4 recentes;					
i) Para candidato estrangeiro ou brasileiro que fez a graduação em medicina no exterior, apresentar fotocópia autenticada do diploma de Graduação em Medicina, devidamente revalidado em Instituição competente no Brasil ou processo de revalidação em andamento em instituição pública, de acordo com a legislação vigente.					
ATENÇÃO: Encaminhar por correio eletrônico no end.: <a href="mailto:residenciamedica@hcancer.com.br">residenciamedica@hcancer.com.br</a>					
a ficha de inscrição devidamente preenchida e assinada em conjunto com o comprovante de depósito do valor da inscrição. O depósito identificado com CPF do candidato no Banco do Brasil, agência 2960-2, conta corrente 14221-2, em nome da Associação Matogrossense de Combate ao Câncer.					

Solicito inscrição no Processo Seletivo do Programa de Residência Médica em:

( ) Anestesiologia      ( ) Cancerologia Cirúrgica

Assinatura:

Cuiabá \_\_\_de \_\_\_de \_\_\_\_\_