

ANEXO I

| | | | | | |
|---|---|--|----------------------------|--|----------|
|  | <i>Acreditação Hospitalar - ONA COREME</i> | | | | Revisão: |
| | <u>REQUERIMENTO DE SOLICITAÇÃO DE REDUÇÃO DE TAXA DE INSCRIÇÃO PARA O PROCESSO SELETIVO DE RESIDENCIA MÉDICA EM OFTALMOLOGIA</u> | | | | 06 |
| Preparado por: <i>Ana Paula</i> | Data: <i>27/12/2024</i> | Aprovado por: <i>Dr. José Renato Duarte</i> | Data: <i>27/12/2024</i> | Código do Documento: RES - 001 | |

São José do Rio Preto, ____/____/____.

À COREME

Eu, _____ portador(a) do
CPF _____ e RG _____, venho pelo presente, requerer a
redução do valor da taxa de inscrição para o Processo Seletivo de Residência Médica para o ano de
2025 – Acesso Direto 2025 na Especialidade de Oftalmologia, no Hospital de Olhos Redentora, nos termos
da Resolução CNRM N°07/2010, e do Edital de Abertura de Inscrições, juntando a competente
documentação conforme ditames da citada Lei, assumindo, sob as penas da lei, a veracidade das
informações.

Assinatura do (a) Candidato(a)

____/____/____

Coordenador da COREME

____/____/____

Supervisor do PRM

____/____/____

Secretaria COREME

____/____/____