

ANEXO II

	<i>Acreditação Hospitalar - ONA COREME</i>				Revisão:
	FORMULÁRIO DE INSCRIÇÃO PARA O PROCESSO SELETIVO DE RESIDÊNCIA MÉDICA DO ANO DE 2024.				04
Preparado por:	Data:	Aprovado por:	Data:	Código do Documento:	
Ana Paula	27/12/2024	Dr. José Renato Duarte	27/12/2024	RES - 002	
DADOS PESSOAIS					
Nome Completo					
Data de Nascimento					
Local de Nascimento					
Nome Completo do Pai					
Nome Completo da Mãe					
RG / Órgão Emissor					
CPF					
CRM / UF					
PIS/NIT					
ENDEREÇO					
Endereço Completo				N°:	CEP:
Complemento				Bairro:	
Cidade				Estado:	
CONTATO					
Telefone Comercial	() -	() -	() -	() -	
Telefone Residencial	() -	() -	() -	() -	
Telefone Celular	() -	() -	() -	() -	
e-mail					
FORMAÇÃO ACADÊMICA					
Curso Superior (Faculdade/Universidade)					
Cidade					
Estado					
Ano de Término do Curso					

DECLARO estar de acordo com as Normas estabelecidas no Processo Seletivo para o 1º Ano no Programa de Residência Médica de Oftalmologia para o ano de 2025, junto ao Hospital de Olhos Redentora. Declaro ainda ter ciência de ter lido o edital, e que por estar de acordo com o regime editalício, comprometo-me a cumprir com todos os documentos solicitados para efetivação de sua matrícula, no tempo determinado, caso tenha êxito na Seleção. A inscrição estará confirmada após a conferência e a constatação da conformidade dos documentos enviados pelo candidato, conforme disposto no Edital nº 001/2024, o preenchimento da inscrição no sistema será realizado pela COREME. Após a confirmação da inscrição, será enviado o cartão de inscrição digitalizado ao candidato por meio do endereço de e-mail informado.

_____ de _____ de 20____.

Assinatura do Candidato (a)