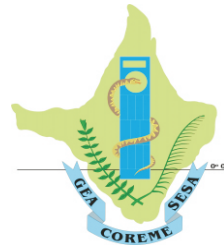
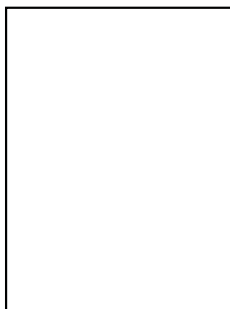


Secretaria de Estado da
Saúde



**GOVERNO DO ESTADO DO AMAPÁ
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COMISSÃO DE RESIDÊNCIA MÉDICA**

FICHA DE INSCRIÇÃO



Cole uma foto 3x4 no campo acima

01 – NOME COMPLETO:		
02 – ENDEREÇO: Nome do logradouro:		
Número:		Apto:
Bairro:	Complemento:	
CEP:	Cidade:	UF:
03 – TELEFONE(S):		
04 – FAX:		
05 – E-MAIL:		
06 – PROGRAMA SELECIONADO: 1ª opção: () Cirurgia Geral () Clínica Médica () Ginecologia/Obstetria () Pediatria 2ª opção: () Cirurgia Geral () Clínica Médica () Ginecologia/Obstetria () Pediatria		
07 – LOCAL DE PROVA: () Macapá/AP () Belém/PA () Brasília		

Declaro conhecer o Manual do Candidato e o Regimento da COREME-SESA e estou plenamente ciente e de acordo quanto às suas exigências, bem como os direitos e deveres dos candidatos ao Concurso de Seleção dos Programas de Residência Médica.

_____/_____/_____
Data

Assinatura