



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

**FICHA DE INSCRIÇÃO PARA O PROGRAMA DE
RESIDÊNCIA MÉDICA (R3) EM CIRURGIA DO
TRAUMA**



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:			

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 do Programa de Residência Médica em Cirurgia do Trauma.

_____/_____/_____
Data

Assinatura