

FICHA DE INSCRIÇÃO PROVA

RESIDENTES/ESPECIALIZANDOS - 13.12.2003

1) Dados pessoais

Nome Endereço Cidade Estado CEP Telefone Fax 2) Dados da residência/especialização ID da residência (Códigos disponíveis no site do CBR)Local Responsável Endereço Cidade Estado CEP Telefone Fax

3) Estado em que realizará a prova

- | | | | |
|--|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Bahia | <input type="checkbox"/> Brasília | <input type="checkbox"/> Ceará | <input type="checkbox"/> Minas Gerais |
| <input type="checkbox"/> Pará | <input type="checkbox"/> Paraná | <input type="checkbox"/> Pernambuco | <input type="checkbox"/> Rio de Janeiro |
| <input type="checkbox"/> Rio Grande do Sul | <input type="checkbox"/> Ribeirão Preto | <input type="checkbox"/> Santa Catarina | <input type="checkbox"/> São Paulo |

4) Ano da residência/especialização

- | | | | | | |
|--|-----------------------------|-----------------------------|--|-----------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> R1 | <input type="checkbox"/> R2 | <input type="checkbox"/> R3 | <input type="checkbox"/> E1 | <input type="checkbox"/> E2 | <input type="checkbox"/> E3 |
| <input type="checkbox"/> residência médica credenciada pela CNRM | | | <input type="checkbox"/> Especialização credenciada pelo CBR | | |
| <input type="checkbox"/> serviço não reconhecido pela CNRM | | | | | |

5) Caso tenha participado de alguma prova de residência médica realizada pelo CBR, assinale o ano.

- ☐
- 2000
- ☐
- 2001
- ☐
- 2002