



**FORMULÁRIO DE INSCRIÇÃO PARA O CURSO DE APERFEIÇOAMENTO  
EM RADIOLOGIA E DIAGNÓSTICO POR IMAGEM.**

NOME COMPLETO DO CANDIDATO: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

DATA DE NASCIMENTO: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

SEXO: ( ) F ( ) M

ENDEREÇO COMPLETO: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

CIDADE: \_\_\_\_\_

ESTADO: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_

TELEFONE FIXO/MOVÉL: ( ) \_\_\_\_\_

E-MAIL: \_\_\_\_\_

UNIVERSIDADE DE ORIGEM: \_\_\_\_\_

SEMESTRE/ ANO DE INÍCIO DA GRADUAÇÃO: \_\_\_\_\_

SEMESTRE/ ANO DO FIM DA GRADUAÇÃO: \_\_\_\_\_

REGISTRO DO CONCELHO NACIONAL DE MEDICINA: \_\_\_\_\_

IDENTIDADE: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Declaro para os devidos fins, que li atentamente o edital do curso e estou plenamente  
ciente das regras e condições relacionadas à seleção, matrícula, custos e à formação  
oferecida, comprometendo-me a cumprir todas as normas e orientações estabelecidas.

Valor da matrícula: R\$ 250,00 (duzentos e cinquenta reais).

( ) SIM

LOCAL E DATA: \_\_\_\_\_

ASSINATURA DO CANDIDATO: \_\_\_\_\_

**BANCO DO BRASIL**

- AGÊNCIA: 2972-6
- CONTA: 33720-X
- CENTRO DE CARDIOLOGIA INVASIVA DO MA
- CNPJ: 048415780001-21
- \*\*\* O PAGAMENTO NÃO PODERÁ SER FEITO ATRAVÉS DO CAIXA RÁPIDO, SOMENTE DEPÓSITO OU TRANSFERÊNCIA.