



## FORMULÁRIO DE INSCRIÇÃO PARA A PROVA DO 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 CONSELHO 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\$ 300,00 (Trezentos reais)**

**LOCAL E DATA:**

**ASSINATURA DO CANDITADO:**

**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.**