



**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 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.