PROCESSO SELETIVO Arthron – 2027.

Conselho do Departamento de Ensino e Pesquisa da Arthron Serviços Médicos em conjunto com Hospital Regional de São José dos Campos

SELEÇÃO DE CANDIDATOS PARA O Residência Médica – R4 EM CIRURGIA ORTOPÉDICA DE QUADRIL

REQUERIMENTO DE INSCRIÇÃO N o _____

Ilustríssimo Senhor:

Dr. Marco Aurélio Silvério Neves - CRM CRM/SP 90.831, supervisor médico do Programa de Residência Médica – R4:

( ) Cirurgia Ortopédica de Quadril

Nome:_____,CRM_____, médico, venho requerer minha inscrição para a **SELEÇÃO DE CANDIDATOS PARA O Programa de Residência Médica – R4** acima referido

Endereço:_____
Cidade:_____**CEP**_____**Fones**_____
Email:_____

PROCESSO SELETIVO Arthron – 2027.

SELEÇÃO DE CANDIDATOS PARA O Residência Médica – R4 EM CIRURGIA ORTOPÉDICA DE QUADRIL

REQUERIMENTO DE INSCRIÇÃO N o _____

Documentação Apresentada (anexa)

( ) RG
( ) CPF
( ) RG com CPF
( ) CRM
( ) Declaração do serviço de residência médica informando que o candidato cursa regularmente o 3° ano do programa de residência médica em ortopedia e traumatologia credenciado pela SBOT.
( ) Carta de apresentação assinada pelo chefe de serviço onde o candidato cumpre ou cumpriu seu programa de residência médica.
( ) Curriculum Vitae Plataforma Lattes ou comum atualizado.

São Paulo, ____ de _____ de _____.

_____