RECIBO DE PAGAMENTO DE INCENTIVO FINANCEIRO PARA DESENVOLVIMENTO DE TRABALHO DE CONCLUSÃO DE

PROGRAMA DE RESIDENCIA MÉDICA

|  |  |
| --- | --- |
| Nome do Médico (Residente OU Preceptor) |  |
| CPF: |  |
| Área temática: |  |
| Especialidade: |  |

Recebi nesta data da Associação de Apoio à Residência Médica de Minas Gerais – AREMG inscrita no CNPJ: 05.493.939/0001-59 a quantia líquida de R$ \_\_\_\_\_\_\_\_\_ ( ) referente ao pagamento de incentivo financeiro conforme edital **TCPRM - 2019** , referente a parcela \_\_\_\_/12.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_ .

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura e carimbo do médico