**ANEXO 2 -** RECIBO DE PAGAMENTO DE INCENTIVO FINANCEIRO PARA RELIZAÇÃO DE ESTÁGIO EXTERNO (PE-PRM) EM PROGRAMA DE RESIDENCIA MÉDICA

|  |  |
| --- | --- |
| Nome do Médico (Residente OU Preceptor) |  |
| CPF de quem está recebendo: |  |
| Área de estágio: |  |
| Especialidade: |  |
| Instituição onde está sendo realizado o estágio: |  |
| Instituição de origem do médico residente: |  |

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 **PE-PRM** 2019, referente a parcela \_\_\_/\_\_\_.

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

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

Assinatura do médico

Carimbo CRM