**ANEXO 3. FICHA DE INSCRIÇÃO INSTITUIÇÃO / MÉDICO RESIDENTE**

O médico residente fará inscrição após aprovação do estágio no período de 11/06 a 25/06/19

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **FICHA DE INSCRIÇÃO DO MÉDICO RESIDENTE** | | | | | | | | | | | |
| Instituição de origem do médico residente: | | | | | |  | | | | | |
| Data: | | | | | | | | | | | |
| **Médico Residente** | | |  | | | | | | | | |
| **Telefone** | | |  | | | | | | | | |
| **E-mail** | | |  | | | | | | | | |
| **CPF** |  | | | **CRM** | | | |  | **RG** |  | |
| **Dados Bancários** | | | | | | | | | | | |
| Banco | |  | | | Agência | |  | | Conta Corrente | |  |
|  | | | | | | | | | | | |
| Programa de residência médica: | | | | |  | | | | | | |
| Nome do estágio: | | | | | *(A AREMG divulgará as instituições aprovadas e o nome dos estágios no dia 04/06/19)* | | | | | | |
| Instituição ofertante: | | | | | *(A AREMG divulgará as instituições aprovadas e o nome dos estágios no dia 04/06/19)* | | | | | | |
| Justificativa de Realização do estágio: | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |
| Á área oferecida do estágio em relação a sua instituição de origem:  ( ) Não é oferecido ( ) É oferecido, mas é insuficiente para formação de qualidade ( ) É oferecido, é de qualidade, mas é relevante para minha formação a experiência de outro serviço (justifique): | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |
| Período de duração do estágio ao qual de inscreve:  ( ) 1 mês ( ) 2 meses ( ) 3 meses | | | | | | | | | | | |

Assinaturas e Carimbo CRM:

Médico Supervisor do Programa de Origem: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Médico coordenador da Coreme da instituição de origem: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_­­­\_

Médico Residente \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_