

# (Timbre do Hospital)

## Declaração

Declaramos que \_\_\_\_\_,  
(nome do aluno)

CPF \_\_\_\_\_ nº de telefone ( ) \_\_\_\_\_

é \_\_\_\_\_ efetivo do Hospital \_\_\_\_\_  
(residente ou preceptor)

\_\_\_\_\_, associado da AREMG,  
autorizado a fazer inscrição no Curso de Transporte Neonatal a ser  
realizado no dia 24/09/2016 de 2016, promovido pela Sociedade  
Mineira de Pediatria em parceria com a AREMG.

Ao assinar esta declaração estamos cientes e concordamos que no caso de desistência 15 dias antes da data do curso ou caso o médico (residente ou preceptor) falte ao curso, o hospital será responsável por ressarcir a AREMG o custo daquele médico (residente ou preceptor). O ressarcimento será feito através de desconto no repasse dos recursos financeiros do próximo PSU ou mediante cobrança caso o não participe do PSU.

Ainda, na situação de desistência 15 dias antes da data do curso ou em caso de falta ao curso, em hipótese nenhuma será devolvido o valor pago pelo médico (residente ou preceptor).

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2016.  
(cidade)

\_\_\_\_\_  
Assinatura e carimbo do Coordenador da COREME

\_\_\_\_\_  
Assinatura e carimbo do Médico Residente ou Preceptor

“A inscrição somente será concluída após a validação da AREMG”

Validação da AREMG

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_