



MUNICÍPIO DE VOLTA REDONDA
SECRETARIA MUNICIPAL DE ADMINISTRAÇÃO
PROCESSO SELETIVO PÚBLICO PARA RESIDÊNCIA MÉDICA
EDITAL Nº 005/2017

FORMULÁRIO PARA ENTREGA DE COMPROVANTE DO PROVAB

NOME DO CANDIDATO:		Nº DE INSCRIÇÃO:
ÁREA A QUE CONCORRE:		Nº DE FOLHAS APRESENTADAS
Nº DO REGISTRO NO CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA - CRM	Nº CPF	Nº C.I.

A entrega da comprovação do PROVAB está sendo feita através de:

- () Cópia autenticada da declaração emitida pela Coordenação Nacional do PROVAB.
- () Cópia autenticada da publicação no Diário Oficial da União (DOU).
- () Cópia autenticada da declaração de inscrição no Programa de Residência em Medicina Geral da Família e Comunidade (PRMGFC)

As informações deste formulário conferem com a documentação contida no envelope lacrado, em anexo e são de minha inteira responsabilidade.

Volta Redonda, ____ de _____ de 2017

Assinatura do Candidato

RECIBO DE ENTREGA

NOME DO CANDIDATO:		Nº DE INSCRIÇÃO:
ÁREA A QUE CONCORRE:		Nº DE FOLHAS APRESENTADAS
Volta Redonda, ____ de _____ de 2017		
_____ Assinatura do Funcionário da FEVRE		