



CONJUNTO HOSPITALAR DO MANDAQUI - CHM

CENTRO DE ESTUDOS DO CONJUNTO HOSPITALAR DO MANDAQUI-CEM

SELEÇÃO DE CANDIDATOS PARA O CURSO DE APRIMORAMENTO EM CIRURGIA ORTOPÉDICA DE JOELHO, TORNOZELO E PÉ *

REQUERIMENTO DE INSCRIÇÃO N.º _____

Ilustríssimo Senhores :

Dr. Marcu Vinicius Malheiro Luzo CRM 63464 e Dr. Danilo Incerti Mendes CRM 105004, Dr. Joaquim Maluf Neto CRM 50763 e Dr. Carlos Augusto da Silva Andrade CRM 84893, supervisores médicos do “Curso de Aprimoramento do Conjunto Hospitalar do Mandaqui” nas modalidades:

- () Cirurgia Ortopédica do Joelho
() Cirurgia Ortopédica do Tornozelo e Pé

Nome : _____, CRM _____, médico, venho requerer minha inscrição para a **SELEÇÃO DE CANDIDATOS PARA O CURSO DE APRIMORAMENTO EM CIRURGIA ORTOPÉDICA** acima referido

Endereço: _____

Cidade: _____ **CEP** _____ **Fones** _____

Email: _____

Documentação Apresentada (anexa)

- () RG
() CPF
() RG com CPF
() CRM
() Declaração do serviço de residência médica informando que o candidato cursa regularmente o 3º ano do programa de residência médica em ortopedia e traumatologia credenciado pela SBOT.
() Carta de apresentação assinada pelo chefe de serviço onde o candidato cumpre ou cumpriu seu programa de residência médica
() Curriculum Vitae Plataforma Lattes ou comum atualizado

São Paulo, ____ de _____ de 201 _