CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA
CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO PIAUÍ
3º Módulo do Curso de Atualização Médica do CRM: Uma abordagem baseada em casos clínicos.

REQUERIMENTO DE INSCRIÇÃO **(Nº DO CRM/PI _____)**

Nome do (a) candidato (a) - (não abreviar o nome – USAR LETRA DE FORMA):

Documento de identificação:

Número	UF

Sexo:

M	F

Endereço (rua, número, apartamento, bairro etc.):

Cidade: UF:

CEP: -

Telefone residencial: -

Celular: -

Telefone trabalho: -

E-mail:

Especialidade: Nº RQE:

Para a inscrição ser efetivada é obrigatório o registro neste CRM e estar quite com a Tesouraria. Declara, para tanto, conhecer todas as condições e exigências para admissão neste **Curso de Atualização Médica**, com os quais manifesta estar de pleno acordo, nada tendo contra sua aplicação. Declara, ainda, concordar com as decisões a serem tomadas nos casos omissos e que é de sua inteira responsabilidade a perda de prazos ou horários estabelecidos.

Teresina, _____/_____/2019.

_____
Assinatura do (a) candidato (a)

Obs.: Caro médico, preencher a ficha, **escanear** e enviar para o e-mail - **cursos@crmpi.org.br**

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA
CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO PIAUÍ
1º Módulo do Curso de Atualização Médica do CRM: Uma abordagem baseada em casos clínicos.

Nome do (a) candidato (a) - (não abreviar o nome – USAR LETRA DE FORMA):

Documento de identificação:

Número	UF

Funcionário(a):
_____

Teresina, _____/_____/2019.