



MUNICÍPIO DE VOLTA REDONDA
SECRETARIA MUNICIPAL DE ADMINISTRAÇÃO
PROCESSO SELETIVO PARA RESIDÊNCIA MÉDICA
EDITAL Nº 007/2015 - SMA

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).

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

Volta Redonda, ____ de _____ de 2016

Assinatura do Candidato

RECIBO DE ENTREGA	
NOME DO CANDIDATO:	Nº DE INSCRIÇÃO:
ÁREA A QUE CONCORRE:	Nº DE FOLHAS APRESENTADAS
Volta Redonda, ____ de _____ de 2016	
_____ Assinatura do Funcionário da FEVRE	