



Formulário de Inscrição Residência Médica (Rodízio Externo)

DADOS DA INSCRIÇÃO			
Curso: RODÍZIO ELETIVO DA RESIDÊNCIA MÉDICA EM INFECTOLOGIA			
DADOS PESSOAIS (preencha todos os campos)			
Nome:			Sexo: () feminino () masculino
E-mail:			
Nome do Pai:			
Nome da Mãe:			
DADOS DO NASCIMENTO (preencha todos os campos)			
Data:	País:	UF:	
Cidade:	Nacionalidade:		
DOCUMENTOS (se estrangeiro, preencher passaporte ou identidade MERCOSUL)			
CPF:	Passaporte:	Título de Eleitor:	
Identidade:	Data de Expedição:	Órgão Expeditor:	
ENDEREÇO RESIDENCIAL			
Logradouro:		(Número, complemento)	
Bairro:	Cidade:	UF:	
Cep:	Telefone:	Celular:	Telefone comercial:
GRADUAÇÃO EM MEDICINA			
Instituição			
Ano de Conclusão:		Número de matrícula no conselho (se brasileiro):	
RESIDÊNCIA MÉDICA EM CURSO			
Programa (Especialidade)		Ano: R1 () R2 () R3 () R4 () R5 () R6 ()	
Instituição:			
Endereço			
Telefone		Email	
PROPOSTA DE RODÍZIO			
Neste campo, inserir: - Meses e ano de interesse - Turnos da semana de interesse - Serviços de interesse - Observações que julgue ser pertinentes			

Após preencher todos os campos, enviar o formulário para residenciamedica@ini.fiocruz.br.
O prazo de resposta é de, em média, 7 dias úteis.
Trazer os documentos descritos no site.