

**ANEXO - 1**

**DIVISÃO DE ENSINO E PESQUISA - DIENP  
UNIDADE DE PÓS-GRADUAÇÃO LATO SENSU E RESIDÊNCIA MÉDICA - UPGRM  
PROCESSO SELETIVO DOS CURSOS DE APERFEIÇOAMENTO MÉDICO  
ANO: 2024/2**

**FORMULÁRIO DE PRÉ-INSCRIÇÃO AO PROCESSO SELETIVO  
DOS CURSOS DE APERFEIÇOAMENTO MÉDICO**

**ATENÇÃO!** O preenchimento deste documento é um procedimento preliminar. A inscrição será realizada após a conferência e validação da documentação obrigatória enviada pelo candidato **via e-mail** referente ao **Processo Seletivo dos Cursos de Aperfeiçoamento Médico do INTO/MS**.

**Área de Atuação desejada - Opção Única:** (Assinalar com ( X )).

\*  JOELHO      \*  ONCOLOGIA ORTOPÉDICA

CPF:

Nome Completo:  \*

Endereço Residencial:  \*

Cidade:  \*Estado:  \*CEP:

\*Registro no Conselho Regional de Medicina:

Identidade:  \*Órgão expedidor:  \*(números, sem ponto ou traço)

Telefone residencial:  \*Telefone Celular:  \*

E-mail:  \*

**OBSERVAÇÃO:** A inscrição estará confirmada após a conferência e a constatação da conformidade dos documentos enviados pelo candidato, o preenchimento da inscrição no sistema será realizado pela Divisão de Ensino e Pesquisa - DIENP/INTO-MS. Após a confirmação da inscrição, será enviado o cartão de inscrição digitalizado ao candidato por meio do endereço de e-mail informado.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2024.  
Local e data

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Candidato