

ANEXO I

FICHA DE INSCRIÇÃO

Nome Completo: _____

CPF: _____ RG: _____

Data de Nascimento: _____

Local de Conclusão da Graduação: _____

Local de Conclusão do PRM Anterior: _____

Declaro que sou beneficiário de Programas Sociais: () SIM () NÃO

Declaro que fui beneficiário de Programas de Bolsa/Auxílio Permanência Estudantil durante a graduação: () SIM () NÃO

Declaro que: 1 () 2 () nenhum () – de meus genitores é falecido.

Declaro que conclui a graduação em: () Instituição Privada

() Instituição Privada com Financiamento
Estudantil/PROUNI

() Instituição Pública

Declaro que estou atualmente no: () 1° Ano da Residência Médica

() 2° Ano da Residência Médica

() 3° Ano da Residência Médica

Declaro que as informações prestadas aqui são reais e de minha total responsabilidade, estando ciente das consequências de prestação de informações falsas. Declaro ainda que li e estou de acordo com todas as tratativas do Edital HURCG-DAC N° 2025.49.

Assinatura eletrônica do gov.br