COLÉGIO BRASILEIRO DE CIRURGIÕES

Departamento de Cirurgia Geral da Associação Médica Brasileira

CNPJ Nº 33.658.204/0001-73 INSC. MUNICIPAL 00.599.581

EDÍFICIO C.B.C.

Rua Visconde de Silva, 52 - 3º Andar – Botafogo
CEP 22271-092 - Rio de Janeiro - RJ
Tel.: (21) 2138-0650 - FAX: (21) 2286-2595
http://www.cbc.org.br - E-mail: cbc@cbc.org.br

CONCURSO PARA TÍTULO DE ESPECIALISTA EM CIRURGIA GERAL DO CBC - 2014

REQUERIMENTO DE INSCRIÇÃO PARA PROVA ESCRITA

NOME: .....

CRM DEFINITIVO: .....DATA NASC.: ...../...../.....

FORMADO NO ANO DE ..... NA UNIVERSIDADE/FACULDADE: .....

RG: ..... CPF: .....

ENDEREÇO: .....

BAIRRO: ..... CIDADE: ..... UF: .....

CEP: ..... TELEFONES: ( ) ..... CELULAR: ( ) .....

FAX: ( ) ..... E-MAIL: .....

MEMBRO CBC: ( ) SÓCIO DA AMB ( ) NÃO MEMBRO CBC ( )

DESEJO REALIZAR A PROVA ESCRITA EM:

( ) AM ( ) BA ( ) CE ( ) DF ( ) ES ( ) MG

( ) PA ( ) PR ( ) PE ( ) RJ ( ) RS ( ) SP

TAXA DE INSCRIÇÃO – PROVA ESCRITA: MEMBROS DO CBC/AMB QUITES..... R$ 300,00
NÃO MEMBROS ..... R$ 500,00

- Enviar cheque nominal cruzado ao **COLÉGIO BRASILEIRO DE CIRURGIÕES**, juntamente com toda a documentação exigida.
- **Os sócios da AMB deverão comprovar sua adimplência enviando juntamente com o cheque uma declaração da AMB atestando estar em dia com as anuidades.**
- **TAXA DE INSCRIÇÃO DA PROVA ORAL: SERÁ DIVULGADA APÓS O RESULTADO DA PROVA ESCRITA.**
- **SERVIÇOS DE CIRURGIA NOS QUAIS ATUOU E QUE ATUA, COM AS RESPECTIVAS DATAS (preenchimento obrigatório):**

_____

_____

_____

_____

ASSINATURA