



MUNICÍPIO DE VOLTA REDONDA  
PROCESSO SELETIVO PÚBLICO PARA RESIDÊNCIA MÉDICA  
EDITAL Nº 004/2020 - SMA

**FORMULÁRIO DE ISENÇÃO DA TAXA DE INSCRIÇÃO**

AREA		CODIGO		
NOME		SEXO <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		
ENDEREÇO (Rua, Avenida, Logradouro)		NÚMERO	COMPLEMENTO	
BAIRRO	CIDADE	UF	CEP	
IDENTIDADE	ÓRGÃO	DATA EMISSÃO	UF	DATA DE NASCIMENTO
DDD - TELEFONE	DDD - CELULAR	E-MAIL		
CPF		Nº DO NIS		

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2021

\_\_\_\_\_  
ASSINATURA DO CANDIDATO