



MUNICÍPIO DE VOLTA REDONDA  
SECRETARIA MUNICIPAL DE ADMINISTRAÇÃO  
**PROCESSO SELETIVO PARA RESIDÊNCIA MÉDICA**  
EDITAL Nº 003/2016 - SMA

**FORMULÁRIO PARA ENTREGA DE COMPROVANTE DO PROVAB**

NOME DO CANDIDATO:		Nº DE INSCRIÇÃO:
ÁREA A QUE CONCORRE:		Nº DE FOLHAS APRESENTADAS
Nº DO REGISTRO NO CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA - CRM	Nº CPF	Nº C.I.

A entrega da comprovação do PROVAB está sendo feita através de:

- ( ) Cópia autenticada da declaração emitida pela Coordenação Nacional do PROVAB.
- ( ) Cópia autenticada da publicação no Diário Oficial da União (DOU).

As informações deste formulário conferem com a documentação contida no envelope lacrado, em anexo e são de minha inteira responsabilidade.

Volta Redonda, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2016

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

**RECIBO DE ENTREGA**

NOME DO CANDIDATO:		Nº DE INSCRIÇÃO:
ÁREA A QUE CONCORRE:		Nº DE FOLHAS APRESENTADAS
Volta Redonda, ____ de _____ de 2016		
_____ Assinatura do Funcionário da FEVRE		