ADENDO AO EDITAL PARA O PROCESSO SELETIVO DE RESIDÊNCIA MÉDICA – 01/2017

Informamos que os candidatos inscritos no Processo Seletivo de Residência Médica do CENTRO OFTALMOLÓGICO DE CÁCERES - COC (O.J. da Silva & da Silva Ltda EPP) que sejam membros da Igreja Adventista do Sétimo Dia poderão realizar as Provas agendadas para o dia de sábado no período de 18h00min às 22h00min (horário de Brasília), no mesmo dia e local dos demais candidatos, desde que encaminhem o formulário de Condição Especial disponível **(REQUERIMENTO ESPECIAL PARA REALIZAÇÃO DO PROCESSO SELETIVO)** e no site http://www.cocmt.com.br , até 22/12/2016. Requerimento específico e o Certificado de Batismo respectivo.

O original da Certidão de Batismo deve ser apresentado para acesso à sala, no dia da Prova.

Os documentos encaminhados fora desse prazo não serão considerados.

Os candidatos membros da Igreja Adventista do Sétimo Dia que tiverem suas inscrições deferidas sob essa condição, deverão chegar ao estabelecimento para realização da Prova no mesmo horário dos demais candidatos, às 08h00min ou 12h00min (horário de Brasília), em local e horário previstos em Edital. Esses candidatos permanecerão confinados e em regime de incomunicabilidade, em sala específica, sob a responsabilidade da Coordenação do Processo Seletivo, até às 18h00min, quando realizarão as provas, com o mesmo tempo de duração conferido aos demais candidatos.

Às 22:30hs será realizada a 2ª etapa – Avaliação e Arguição de Currículo Padronizado + Entrevista

Cáceres/MT, 15 de Dezembro de 2016.

Dr. André Luis Borba da Silva
Coordenador Geral da Comissão de Residência Médica do Centro Oftalmológico de Cáceres
COREME - COC

COC - CENTRO OFTALMOLÓGICO DE CÁCERES

CONCURSO PÚBLICO
COMISSÃO DE RESIDÊNCIA MÉDICA
EDITAL – PROCESSO SELETIVO DE RESIDÊNCIA MÉDICA – 01/2017

REQUERIMENTO ESPECIAL PARA REALIZAÇÃO DO PROCESSO SELETIVO			
PRM	**RG nº/Org. Emissor**		**Data de Expedição**
OFTALMOLOGIA			
CPF	**Título de Eleitor**	**Zona/Seção**	**Data de Expedição**
Nome do Candidato			
Nome da Mãe			
Nome do Pai			

Data de Nascimento			**Sexo**	**Estado Civil**
Dia	**Mês**	**Ano**	**( ) Feminino** **( ) Masculino**	**( ) Solteiro ( ) Casado ( ) Viúvo** **( ) Divorciado ( ) Desquitado**

Endereço (Rua/Av, Nº, Apto.)		
Bairro	**Cidade**	**Estado**
CEP	**Telefones de Contato com DDD**	
Celular com DDD	**E-mail:**	
FORMAÇÃO ACADÊMICA		
Instituição onde concluiu o Curso de Graduação – MEDICINA e Ano de Conclusão		
IGREJA ADVENTISTA DO SÉTIMO DIA		
Nome:		
Endereço:		
Dados da Certidão de Batismo (Certidão autenticada anexa juntamente com a documentação de inscrição expressa no edital):		

Cáceres/MT, de de

Assinatura do Candidato