



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
PRÓ-REITORIA DE ENSINO DE PÓS-GRADUAÇÃO
COMISSÃO DE RESIDENCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE E EM ÁREA
PROFISSIONAL DE SAÚDE.**

**PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA EM ÁREA PROFISSIONAL DA SAÚDE-CIRURGIA E
TRAUMATOLOGIA BUCO-MAXILA-FACIAIS**

Campus Universitário Ministro Petrônio Portela, Bairro Ininga, Teresina, Piauí, CEP 64049-550.

Telefones: 86 3237-2215

E-mail: coremu@ufpi.edu.br



ANEXO IV - EDITAL 001/2014

REQUERIMENTO

Venho, por meio deste, requerer a minha inscrição para a prova de seleção no Programa de Pós-Graduação *Lato Sensu* em Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Faciais da UNIVERSIDADE FEDERAL DE DO PIAUÍ.

Declaro estar ciente das datas, horários e normas do referido processo de seleção e que o curso me dará o certificado de especialização acadêmica com certificado emitido pela UFPI.

Teresina, _____ de _____ de 2014.

ASSINATURA DO CANDIDATO