

EDITAL 001/2026 – SELEÇÃO DE CANDIDATOS PARA RESIDÊNCIA MÉDICA

FICHA DE INSCRIÇÃO

Programa Pretendido (assinalar a opção com um X)

() Medicina Paliativa () Mastologia

Identificação

Nome do Candidato: **Insira texto aqui**

Nome Social (se houver): **Insira texto aqui**

Nº da identidade: **Insira texto aqui**

Órgão expedidor: **Insira texto aqui** UF: **Insira**

Nº do CRM **Insira texto aqui**

Data da Expedição: **Insira texto aqui** UF: **Insira**

Formação Acadêmica

Instituição da Graduação em Medicina: **Insira texto aqui**

UF: **Insira texto aqui**

Data da colação de grau: **Insira texto aqui**

Pré-requisito

Instituição de formação no pré-requisito: **Insira texto aqui**

Especialidade de pré-requisito: **Insira texto aqui**

UF: **Insira texto aqui**

Ano da conclusão do pré-requisito: **Insira texto aqui**

Endereço

Logradouro: **Insira texto aqui**

Número: **Insira texto** Complemento: **Insira texto aqui**

Bairro: **Insira texto aqui** CEP: **Insira texto aqui**

Cidade: **Insira texto aqui** UF: **Insira texto aqui**

Telefone Residencial: **Insira texto aqui** Telefone Celular: **Insira texto aqui**

E-mail: **Insira texto aqui**

Local/Data/Assinatura

Cidade: _____ UF: _____ Data da inscrição: ____/____/____

Assinatura: _____

- ✓ Após o preenchimento, o candidato deverá efetuar o pagamento por meio depósito bancário: é obrigatório ter o depósito identificado em nome do (a) candidato (a), PagSeguro ou transferência no valor de R\$ 300,00 (Trezentos reais), no Banco Santander, Agência 0252, contracorrente 13001914-8, em nome do Instituto Brasileiro de Controle do Câncer, Centro de Estudos, CNPJ: 62.932.942/0001-65, 11 de janeiro de 2026 às 15 horas, imprerivelmente.

Declaração de Necessidades Especiais

Eu, _____, portador(a) do CPF _____, declaro para os devidos fins que (marcar a opção correspondente):

☐ Possuo necessidades especiais e preciso de adaptações para o processo seletivo.

☐ Não possuo necessidades especiais.

Assumo a responsabilidade de informar previamente quaisquer necessidades de adaptação para garantir a plena participação no concurso de residência médica, conforme as condições estabelecidas no Edital 001/2025. Fornecer anexo a esta ficha de inscrição o laudo médico com expressa referência ao código correspondente da Classificação Internacional de Doença- CID, atestando a espécie e grau da deficiência.

Solicitação de Isenção da Taxa de Inscrição (conforme o item 3.0 do Edital de Inscrição – assinalar com X)

☐ De acordo com as condições dispostas no edital de inscrição, declaro possuir uma das condições listadas para isenção da taxa de inscrição.

☐ Não possuo condições que indiquem a isenção da taxa de inscrição.

Fornecer anexo a esta ficha de inscrição o comprovante de condição que indique isenção da taxa de inscrição, nos moldes do Edital 001/2026.

Local/Data/Assinatura

Cidade: _____ UF: _____ Data da inscrição: ____/____/____

Assinatura: _____

Informações gerais

Encaminhar os seguintes documentos abaixo para o e-mail: residenciamedica@ibcc.org.br

- ✓ Ficha de inscrição preenchida, assinada e salva no formato .pdf;
- ✓ Laudo médico atestando CID, natureza e grau da condição que indique a necessidade especial para o concurso;
- ✓ Comprovante da condição que indique isenção da taxa de inscrição, nos moldes do Edital 001/2026;
- ✓ Currículo vitae em formato .pdf;
- ✓ Cópia da inscrição no Conselho Regional de Medicina em formato .pdf;
- ✓ Comprovante da taxa de inscrição no valor de R\$ 300,00 (trezentos reais);
- ✓ após o preenchimento, o candidato deverá efetuar o pagamento por meio depósito bancário: é obrigatório ter o depósito identificado em nome do (a) candidato (a), PagSeguro ou transferência, no Banco Santander, Agência 0252, contacorrente 13001914-8, em nome do Instituto Brasileiro de Controle do Câncer, Centro de Estudos, CNPJ: 62.932.942/0001-65, depósito até 15 de setembro de 2026 às 15 horas, impreterivelmente