

ANEXO I
REQUERIMENTO DE INSCRIÇÃO

Eu _____, médico inscrito no CRM/ UF sob o nº _____, requeiro minha inscrição para participar do Exame de Suficiência para obtenção do Certificado de Área de Atuação em Dor 2026, e desde já declaro ter tomado ciência dos termos e condições do referido Certame, conforme disposto no Edital publicado em 01/06/2026.

_____-_____/_____/_____
(Local e data)

Assinatura
