



# CRM-TO

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO TOCANTINS

**SUORTE AVANÇADO DE VIDA EM PEDIATRIA - PALS**  
**Departamento da Educação Médica - DEMC - CRM/TO**

### Ficha de inscrição

Nome: \_\_\_\_\_

Número do CRM/TO: \_\_\_\_\_

Celular: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

Cidade que trabalha: \_\_\_\_\_

### Trabalha no SUS?

- ( ) Sim  
( ) Não

### Trabalha com urgência e emergência?

- ( ) Sim  
( ) Não

Como ficou sabendo do curso? \_\_\_\_\_

Qual motivo que levou a fazer a inscrição no curso?

---

---

---

Palmas-TO

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

### Observação

1. Para que sua inscrição seja homologada, é necessária a comprovação do pagamento da inscrição;
2. Não poderá ter pendência financeira junto ao CRM-TO;
3. Encaminhar a ficha de inscrição para o e-mail DEMC@CRMTO.ORG.BR