



CRM-TO

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO TOCANTINS

SUPORTE AVANÇADO DE VIDA NO TRAUMA - ATLS
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