



COREME – Comissão de Residência Médica do Hospital São Vicente de
Paulo de Cruz Alta - RS

**Ficha de Matrícula do Candidato classificado no Concurso de Residência Médica em Clínica
Médica 2020/2021**

Data: _____ / _____ / _____
Nome do Classificado: _____
Data de Nascimento: _____ / _____ / _____ Estado Civil: _____
Nome do Pai: _____
Nome da Mãe: _____
Faculdade de Origem: _____ Ano Conclusão Medicina: _____
CREMERS: _____ CPF: _____ Doc. Identidade: _____
Endereço residencial: _____
Cidade: _____ CEP: _____
Telefone para Contato: _____ Telefone para Recado: _____
e-mail: _____

Assinatura do Classificado

COREME – Comissão de Residência Médica do Hospital São Vicente de Paulo
de Cruz Alta – RS

Eu, _____, reconheço que ao efetuar a
matricular na Residência Médica do Hospital São Vicente de Paulo, estou ciente do compromisso
assinado mediante à COREME, à vaga pleiteada. Outrossim, também comprometo-me a informar à
COREME, impreterivelmente até o dia 21/02/2020, caso ocorra desistência da vaga.

(Ficha de matrícula entregar pessoalmente na COREME ou enviar para e-mail
amvica.saude@gmail.com)