

**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 2021/2020**

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 15/02/2020, caso ocorra desistência da vaga.

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