



Hospital
São Vicente de Paulo

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 2024/2025**

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 10/02/2023, caso ocorra desistência da vaga.

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