

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

Ficha de Identificação do Candidato a Residência Médica do Hospital São Vicente de Paulo.

Enviar ficha preenchida para o e-mail (amvica.saude@gmail.com) ou entregar pessoalmente na secretaria da COREME HSPV.

Data:___/___/___

Nome do Candidato:_____

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 Candidato

Atenção:

O valor R\$ 350,00 referente a taxa de inscrição deve ser feito através de DEPÓSITO BANCÁRIO IDENTIFICADO (com nome completo do candidato).

Dados da conta: Associação das Damas de Caridade

Banco Siccob

Agência: 756

Conta: 3054-6

Pix: 89124630000181

LEMBRE: Você deve apresentar o comprovante do pagamento no dia da prova.