



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.