



PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DE PRONTO SOCORRO
DIREÇÃO CIENTÍFICA/COREME

CONCURSO RESIDÊNCIA EM CIRURGIA DO TRAUMA FICHA DE INSCRIÇÃO – 2024

NOME:				
ENDEREÇO RESIDENCIAL:		Nº:	AP:	CEP:
BAIRRO:	MUNICÍPIO:	UF	TELEFONE:	
E-MAIL:			CELULAR:	
SEXO: () M () F	NACIONALIDADE:	ESTADO CIVIL:	DATA DE NASCIMENTO:	
CPF:		CÉDULA DE IDENTIDADE:	ÓRGÃO EMISSOR:	
Nº CREMERS:	HOSPITAL EM QUE FAZ/FEZ A RESIDÊNCIA MÉDICA:			
FILIAÇÃO: PAI:				
MÃE:				

APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS (ANEXAR CÓPIA/XEROX)

CARTEIRA DE IDENTIDADE PROFISSIONAL	()
CERTIFICADO DE CONCLUSÃO DE RESIDÊNCIA EM CIRURGIA GERAL *	()
ATESTADO QUE CONCLUIRÁ O P.R.M. EM CIRURGIA GERAL, ATÉ 28/02/2025	()
COMPROVANTE DO PAGAMENTO DA ANUIDADE DO CONSELHO	()
FOTO 3x4	()
COMPROVANTE DE PAGAMENTO DA INSCRIÇÃO	()
SEGURO DE VIDA COM DURAÇÃO DA RESIDÊNCIA	()

* RECONHECIDA PELO MEC

Os candidatos aprovados neste concurso que não apresentarem o certificado de conclusão do PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MÉDICA EM CIRURGIA GERAL, no momento da inscrição, deverão fazê-lo até 30/05/25, sob pena de tornar sua aprovação nula.

Declaro aceitar integralmente as normas contidas no Regulamento referentes ao Concurso para ingresso no Programa de Residência em Cirurgia do Trauma/HPS, bem como responder legalmente pela veracidade das informações por mim prestadas e pela autenticidade dos documentos apresentados. Reconheço, portanto, que nenhum direito me cabe pela aprovação no concurso, mas tão só uma expectativa de direito. Juntando os documentos necessários, solicito a minha inscrição.

Porto Alegre,

ASSINATURA DO(A) CANDIDATO(A)