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 – 2025

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 30/05/26, 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)