

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR CASA DE SAÚDE DE SANTOS

INSCRIÇÃO Nº _____ - EDITAL 01/2020 - Processo Seletivo Residência Médica

1. Dados Pessoais

Data: ____/____/____

Nome: _____

Sexo: ☐ Feminino ☐ Masculino Estado civil: _____

Endereço: _____ nº _____ Complemento: _____

Bairro: _____ CEP: _____ Cidade/UF: _____

E-mail: _____

Telefone celular: (____) _____ Telefone residencial: (____) _____

Data de nascimento: ____/____/____ Nacionalidade: _____

RG: _____ Órgão emissor: _____ Data de expedição: ____/____/____

CPF: _____ CRM: _____ UF: _____

2. Formação Acadêmica / Titulação

Título	Ano	Área	Instituição
Graduação			
Residência			
Residência			

3. Envio de documentos

Encaminhe para o e-mail coreme@hospitalcasadesaude.com.br os seguinte documentos:

- Foto 3x4;
- RG, CPF ou CNH;
- Currículo;
- Certificado de pré-requisito ou declaração da instituição, informando a data de conclusão;
- CRM, Diploma, comprovante de conclusão ou declaração da instituição, informando a data de conclusão.

4. Informações de pagamento

- Após o envio dos documentos e ficha de inscrição, o boleto será enviado ao candidato no endereço de e-mail informado na ficha de inscrição;
- A inscrição será concluída após a confirmação de pagamento, envie o comprovante para coreme@hospitalcasadesaude.com.br