



HOSPITAL DE OLHOS

C
O
R
E
M
E

Comissão de Residência Médica

**FICHA DE INSCRIÇÃO PARA CONCURSO RESIDÊNCIA MÉDICA
ABERTO PELO EDITAL 001/2025 - COREME**

Foto 3x4
(Cole aqui)

PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MÉDICA PRETENDIDO	
Especialidade de Acesso Direto	

IDENTIFICAÇÃO DO (A) CANDIDATO (A)		
Nome Completo:		
RG:	UF:	Data Emissão:
CPF:	CRM/UF:	Data Emissão:
Data de Nascimento:	Estado Civil:	
Telefone Residencial:	Celular:	Recado:
Email:		
Endereço:		
CEP:		
Cidade:		
Estado:		

FORMAÇÃO ACADÊMICA		
Graduação em Medicina – Instituição onde se formou (ar)		
UF:	Ano de Conclusão:	Data da Colação:
PARTICIPANTE DOS PROGRAMAS		
PRMGFC	() Sim	() Não
PROVAB	() Sim	() Não
'MAIS MÉDICOS'	() Sim	() Não

LOCAL - DATA - ASSINATURA	
Local / Cidade:	Data:
Assinatura do (a) Candidato (a)	

Preencher a ficha com letra legível.