

PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MÉDICA

REQUERIMENTO PARA MATRÍCULA

Ano:	
Especialidade:	
Nome:	
Endereço:	
Bairro:	Cidade:
Cep:	
Telefone res:	Tel celular:
CPF:	RG:
Data de Nascimento:	
Cidade:	Estado:
E-MAIL:	

Requer sua matrícula no programa acima mencionado com vigência entre ____/____/____ e ____/____/____, junto ao HOSPITAL SANTA HELENA, nos termos abaixo:

1. Declara estar de acordo com as normas e disposições apresentadas no ato da matrícula, bem como cumprir o Regulamento Interno do HSH;
2. Declara ciência de que irregularidades nas informações prestadas e/ou na documentação cancelam o requerimento de matrícula;
3. Compromete-se a comparecer ao Hospital Santa Helena na data a ser agendada pela Secretaria Acadêmica para a assinatura do Contrato Padrão de Matrícula para os Programas de Residência Médica;
4. Declara estar recebendo cópia deste requerimento, com o qual concorda plenamente, nada tendo a reclamar.

Santo André, ____/____/____

COREME
Hospital Santa Helena

Pós-Graduando