



**ASSOCIAÇÃO PRÓ ENSINO EM SANTA CRUZ DO SUL – APESC**  
**HOSPITAL SANTA CRUZ – HSC**  
**COMISSÃO DE RESIDÊNCIA MÉDICA – COREME**

**PROCESSO SELETIVO PARA INGRESSO NA RESIDÊNCIA MÉDICA**  
**EDITAL Nº 08/2024 – RESULTADO FINAL / MATRÍCULA**

Os aprovados deverão comparecer **no dia 12 de março de 2024**, obedecendo a ordem de classificação, na Secretaria da Residência Médica – COREME / HSC, localizada na **Rua Fernando Abott, n.º 174, Térreo**, Centro, Santa Cruz do Sul/RS, no horário das 08h30min às 11h30min e 13h30min às 16h30min, para realização da matrícula, munidos da documentação solicitada, conforme edital, e abaixo relacionada. Em caso de desistência de candidatos aprovados, serão chamados os próximos colocados de acordo com a classificação\*.

\* Resultado final, por ordem de colocação, dos candidatos aprovados no Processo Seletivo para ingresso na Residência Médica APESC – Hospital Santa Cruz:

**IMPORTANTE:** Os casos de suplência serão comunicados apenas via sites institucionais:

>> [www.hospitalstacruz.com.br](http://www.hospitalstacruz.com.br)

>> [www.unisc.br](http://www.unisc.br)

<b>CÓPIA AUTENTICADA</b>	<b>CÓPIA SIMPLES</b>
<b>c1)</b> Cédula de Identidade;	<b>c6)</b> Cartão SUS;
<b>c2)</b> CPF;	<b>c7)</b> Título Eleitoral;
<b>c3)</b> Diploma;	<b>c8)</b> Comprovante de Quitação com o Serviço Militar, se for o caso;
<b>c4)</b> Registro no CRM do RS;	<b>c9)</b> Número de Inscrição no INSS e do Número do PIS/PASEP;
<b>c5)</b> Carteira de Identidade Médica;	<b>c10)</b> Número da <b>Conta Corrente (Bradesco ou Santander)</b> ;
	<b>c11)</b> Histórico Escolar;
	<b>c12)</b> Carteira de Vacinação (Tétano, Hepatite B, Tríplice e COVID19);
	<b>c13)</b> Comprovante de Endereço Fixo (com declaração do titular);
	<b>c14)</b> Comprovante de Quitação do Conselho;
	<b>c15)</b> Se casado(a) e/ou possuir filhos: <ul style="list-style-type: none"><li>• Cópia Certidão de Casamento ou União Estável + CPF do Cônjuge;</li><li>• Cópia Certidão de Óbito do Cônjuge (se viúvo);</li><li>• Cópia de Averbação do Divórcio (se divorciado);</li><li>• Cópia da Certidão de Nascimento ou RG + CPF dos filhos;</li></ul>

<b>MEDICINA INTENSIVA</b>	
<b>NOME DO CANDIDATO</b>	<b>CLASSIFICAÇÃO</b>
AMANDA GABRIELA DA SILVA WINK	1º