



HOSPITAL N. S. DA CONCEIÇÃO S.A. (Matriz)
HOSPITAL CRIANÇA CONCEIÇÃO
HOSPITAL CRISTO REDENTOR
HOSPITAL FEMINA
UPA MOACYR SCLIAI
HOSPITAL FEDERAL DE BONSUCESSO

Grupo Hospitalar Conceição

CNPJ 92.787.118/0001-20 - Avenida Francisco Trein, 596
CNPJ 92.787.118/0004-72 - Rua Álvares Cabral, 653
CNPJ 92.787.118/0003-91 - Rua Domingos Rubbo, 20
CNPJ 92.787.118/0002-00 - Rua Mostardeiro, 17
CNPJ 92.787.118/0005-53 - Rua Jerônimo Zelmanovitz, 01
CNPJ 92.787.118/0024-16 - Avenida Londres, 616

F. (51) 3357.2000 - Porto Alegre - RS - CEP. 91350-200
F. (51) 3357.2000 - Porto Alegre - RS - CEP. 91350-250
F. (51) 3357.4100 - Porto Alegre - RS - CEP. 91040-000
F. (51) 3314.5200 - Porto Alegre - RS - CEP. 90430-001
F. (51) 3368.1626 - Porto Alegre - RS - CEP. 91090-135
F. (21) 3977.9500 - Rio de Janeiro - RJ - CEP. 21041-030

Vinculados ao Ministério da Saúde - Decreto n.º 11.798/2023

COREME - Comissão de Residência Médica do Grupo Hospitalar Conceição

FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE PONTUAÇÃO – Programa de Residência Médica em MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE – PRMFC

EDITAL N° 1 - ACESSO DIRETO – ÁREAS BÁSICAS

Eu, _____, CRM _____
candidato(a) a uma vaga de Residência Médica no Programa de
_____ do Hospital _____, solicito pontuação
adicional de acordo com as determinações da Resolução CNRM N° 2, de 27 de agosto de
2015 e da Resolução CNRM N° 35, de 9 de janeiro de 2018.

O documento inserido no campo 15 do currículo eletrônico da plataforma de inscrição da AMRIGS foi o assinalado abaixo:

() Certificado de Conclusão do Programa de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade. OU

() Declaração emitida pela COREME da Instituição de origem, com data recente (a partir de setembro/2026), que irei concluir a Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade credenciada pela Comissão Nacional de Residência Médica até 28/02/2027 e me comprometo a apresentar o Certificado de Conclusão até 10/03/2027, sob pena de perder a pontuação adicional.

A bonificação poderá ser utilizada apenas uma vez e será exaurida com a matrícula no programa de residência médica.

Porto Alegre, ____ de _____ de 2026.

(assinatura do candidato)