|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **NOME**: | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **Sexo** | | | | ( )M ( )F | | | | | |
| **FILIAÇÃO** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nome da mãe | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nome do pai | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **DADOS PESSOAIS** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Data de Nasc. | | | | | | |  | | | | | | | | Cidade | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | UF | | | | | | | | |  | |
| Estado civil: | | |  | | | | | | | | | | | | | Nacionalidade | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | Ano de chegada | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | |
| CPF | |  | | | | | | | | | | | | | | | | Sangue: | | | | | | |  | | | | | | | | PIS/Pasep | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| RG |  | | | | | | | | | Órgão Emissor | | | | | | | | |  | | | | | | | | | Data Expedição | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | UF | | | | |  | | |
| Nº CNH | |  | | | | | | | | | | | | Registro | | | | | |  | | | | | | | | | | Dt. Exp. | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | Categoria | | | | | | |  | | | | |
| Dt. 1ª Habilitação | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Dt. Validade | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | |
| Cor / Origem Étnica: [ ] Branca [ ] Negra [ ] Amarela [ ] Parda [ ] Indígena | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **TÍTULO DE ELEITOR** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Número | |  | | | | | | | | | | Seção | | | | |  | | | | | | | Zona | | | | | |  | | | | | | | | | Cidade | | | | | | |  | | | | | | | | | | | UF | | |  |
| **SITUAÇÃO MILITAR PARA FUNCIONÁRIOS DO SEXO MASCULINO** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nº Certificado | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | Categoria | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | Órgão Emissor | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | |
| Local | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Dt. Expedição | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **ESCOLARIDADE** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Graduação | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Formação | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Habilitação | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Estabelecimento de Ensino | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **ENDEREÇO** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Logradouro: | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Número | | | | | | | | |  | | | |
| Bairro | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | CEP | |  | | | | | | | | | | | Complemento | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | |
| **CONTATOS** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Email | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Telefone principal | | | | | | | | | ( ) | | | | | | | | | | | | | | | | | | Telefone Alternativo | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| **DADOS BANCÁRIOS** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| BANCO | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Banco nº | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Agência | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Conta corrente | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | |

**FICHA CADASTRAL PARA MÉDICO RESIDENTE**

Declaro que todas as informações contidas neste cadastro são verdadeiras e de minha inteira responsabilidade, comprometendo-me a atualizá-las em caso de alteração.

Boa Vista, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura