

**- CADASTRO DE RESIDENTE MÉDICO –**

**DADOS PESSOAIS**

Nome do Residente: .....

Data de Nascimento: ..... Naturalidade:.....

Filiação - Nome do Pai: .....

Nome da mãe: .....

Estado Civil:  Solteiro  Casado  Separado Judicialmente  Divorciado

União Estável  Outros

Tipo Sanguíneo: .....

CPF: .....

C.I.: ..... Órgão Expedidor: ..... Data Expedição: .....

PIS / PASEP: ..... Carteira de Trabalho: .....

Formação Acadêmica: Graduação em: .....

Registro Profissional: .....

Certificado de Reservista: .....

COR:  Branca  Preta  Amarela  Parda  Indígena

**CONTA PAGAMENTO**

Banco: .....

Agência: ..... Nome/Agência: .....

Conta Corrente: .....

Conta Salário (*para correntistas da CEF*): .....

**OBS:** O campo agência deve ser preenchido com o número da agência incluindo o dígito verificador ou com o nome completo e correto da agência. O campo número da conta deve ser referente à **conta corrente**. Toda conta deverá ser informada com o dígito verificador.

**ENDEREÇO**

Logradouro: ..... Nº .....

Complemento: ..... Bairro: .....

CEP: ..... Município: ..... UF: .....

Tel. Residencial: ..... Celular: .....

Correio Eletrônico (E-mail): .....