

Cadastro de Médicos - Residentes

Informações Pessoais

Nome completo: _____

Data de nascimento: ____ / ____ / ____

Sexo: ☐ Masculino ☐ Feminino ☐ Outro

Estado civil: _____

Nacionalidade: ☐ Brasileira ☐ Estrangeira

Naturalidade: _____

Documentos de Identificação

RG: _____ Data de expedição: ____ / ____ / ____

CPF: _____

CRM: _____ UF: _____ Data de inscrição: ____ / ____ / ____

PIS: _____

Contato

E-mail: _____

Telefone: (____) _____ - _____

Contato de Emergência

Nome: _____ Telefone: (____) _____ - _____

Parentesco: _____

Filiação

Nome da mãe: _____

Nome do pai: _____

Informações Complementares

Possui filhos? ☐ Sim ☐ Não

Nº de dependentes econômicos: _____

Grupo sanguíneo: _____

Certificado de reservista: ☐ Apresentado ☐ Não se aplica

Carteira de vacinação atualizada: ☐ Sim ☐ Não



Endereço Residencial

Endereço: _____

Nº: _____ Complemento: _____

Bairro: _____ CEP: _____

Cidade: _____ UF: _____

Dados Bancários

Banco: _____

Agência: _____ Conta corrente: _____

Operação (se aplicável): _____

Informações Funcionais (HMD)

Data de início da prestação de serviço: ____ / ____ / ____

Chefia imediata: _____

Setor/Unidade: _____

Tamanho do jaleco: _____

Documentos Obrigatórios (cópias autenticadas)

- ☐ Cópia RG e CPF ou Registro Nacional Migratório (RNM para estrangeiros) frente e verso;
- ☐ Cópia de passaporte ou autorização de residência no Brasil;
- ☐ Cópia do Diploma de Medicina + Especializações;
- ☐ Cópia do certificado de conclusão de programas de residências (Para programas com pré-requisito).
- ☐ Cópia CRM com Certidão de Regularidade;
- ☐ CTPS ou Inscrição PIS/PASEP ou NIT;
- ☐ Quitação Eleitoral;
- ☐ Quitação do Serviço Militar;
- ☐ Comprovante de Residência;
- ☐ Comprovante da Conta Bancária;
- ☐ Carteira de Vacinação NR 32 (3 doses hepatite B, Tétano e Difteria, TV Sarampo/Caxumba/Rubéola, Covid, Influenza e Varicela);
- ☐ Foto 3x4 recente.

Assinatura do(a) Médico(a) Residente: _____

