

CADASTRO DE MÉDICOS RESIDENTES

INFORMAÇÕES PESSOAIS

Nome: _____

Estado Civil: _____

Nacionalidade: Brasileira Estrangeira

Data Nasc.: _____

Sexo: Masculino Feminino

Grau de Instrução: _____ Naturalidade: _____

Nome do Pai: _____

Nacionalidade do Pai: Brasileira Estrangeira

Nome da Mãe: _____

Nacionalidade da Mãe: Brasileira Estrangeira

Possui filhos: Sim Não

Nº dependentes econômicos:

Grupo Sanguíneo:

Data do 1º emprego:

Cor/Origem Étnica

DOCUMENTOS

CPF _____

Identidade _____ Expedição: _____

CTPS Nº / Série / UF _____ / _____ - _____ Expedição: _____

PIS _____ Expedição: _____

CRM _____ Data inscrição: _____

Certificado de Reservista: _____

INFORMAÇÕES BANCÁRIAS

Cód. Banco _____ Nome banco _____

Agência _____ Ag. Nome _____

Conta Corrente _____ Operação _____

ENDEREÇO

Endereço _____

Nº _____ Complemento _____

Bairro _____ CEP _____

Cidade _____

Telefones _____

E-mail _____

REGISTRO

Data de Início da Prestação de Serviço no HMD _____ / _____ / _____

Chefia Imediata _____

Setor /C Resultado _____

Horário de Trabalho _____

Documentos Necessários:

- Cópia Identidade / CPF / CRMRS
- Cópia Diploma Conclusão Curso de Medicina e Especializações
- Certidão de Regularidade (emitido pelo CRM)
- Cópia Inscrição PIS/PASEP/CTPS
- Cópia Carteira Profissional de Médico
- Cópia comprovante de quitação com obrigações eleitorais
- Cópia comprovante de quitação com serviço militar
- Cópia comprovante residência
- Comprovante Conta Bancária (Extrato/Cartão)
- Carteira de vacinação
- Atestado de Saúde Ocupacional (Emitido pelo SESMT HMD)
- 1 Foto 3x4 recente