

INÍCIO:
TÉRMINO:

SECRETARIA
DE SAÚDE



Foto 3x4

**COMISSÃO DE RESIDÊNCIA MÉDICA - COREME
FICHA CADASTRAL DO RESIDENTE**

PROGRAMA:

NOME:		
DATA DE NASCIMENTO:	GÊNERO: FEM[] MASC []	TIPAGEM SANGUÍNEA
NATURAL/UF:	NACIONALIDADE:	COR/ORIGEM ÉTNICA:
NOME DA MÃE:		
NOME DO PAI:		
ESTADO CIVIL: SOLTEIRO ^(a) () CASADO ^(a) () DIVORCIADO ^(a) () VIÚVO ^(a) () OUTROS ()		
NOME COMPLETO DO CÔNJUGE:		
Nº DE DEPENDENTES:	TAMANHO JALECO: []	

ENDEREÇO DE RESIDÊNCIA DE ORIGEM		
CELULAR ()	FONE1 ()	FONE2 ()
E-MAIL:		
RUA:	Nº	CEP
COMPLEMENTO:	BAIRRO	
CIDADE:	ESTADO:	CARTEIRA VACINAÇÃO: [] ENTREGUE

DOCUMENTAÇÃO			
RG.	EMISSÃO:	ORGÃO EXPEDIDOR:	UF:
CPF:	PIS/NIT:	RESERVISTA	
TÍTULO DE ELEITOR: _____	ZONA: _____	SEÇÃO: _____	CNS ^(SUS) :

DADOS BANCÁRIOS- CONTA SALÁRIO E INDIVIDUAL		
BANCO:	AG:	C/C:

FORMAÇÃO ACADÊMICA		
INSTITUIÇÃO DE ENSINO:		
DATA DE CONCLUSÃO: ____/____/____	CIDADE:	ESTADO:
A INSTITUIÇÃO DE ENSINO É PRIVADA [] PÚBLICA []	Nº DIPLOMA:	HISTÓRICO:
REGISTRO DO CONSELHO DE CLASSE [CREMESP]		

FUTURO ENDEREÇO DE SÃO PAULO (QUANDO O RESIDENTE MORA EM OUTRO ESTADO E/OU CIDADE)		
RUA:	Nº	COMPLEMENTO:
BAIRRO	CIDADE/UF	CEP

DADOS A SEREM PREENCHIDOS PELA COREME		
RESIDENTE RECEBEU 1(UMA) VIA DO TERMO DE COMPROMISSO	SIM ()	DATA INÍCIO PRM
RESIDENTE RECEBEU 1(UMA) VIA REGIMENTO INTERNO:	SIM ()	PAGAR ATÉ:
RESIDENTE RECEBEU 1(UMA) VIA DO MANUAL DO PROGRAMA	SIM ()	
SIGRESIDÊNCIAS	CNRMS	
PROCESSO SELETIVO BANCA DO EDITAL: EDUDATA®	1ª CHAMADA [] 2ª CHAMADA [] MATRÍCULA EM ____/____/2020	
PARCERIA NO PROCESSO SELETIVO: FMABC	MATRÍCULA:	Nº CRACHÁ

Recebi nesta data, o Regimento Interno da Comissão de Residência Médica, da Secretaria de Saúde de São Bernardo do Campo, publicada no NM edição nº 1976 em 26 de janeiro de 2018 sob Resolução GSS nº 03 de 15 de janeiro de 2018.

ASSINATURA DO RESIDENTE: _____ data ____/____/____.