



**HOSPITAL ANGELINA CARON**  
**Ficha para Matrícula de Médicos Residentes - 2018**

|  |                                      |  |                           |                 |            |            |
|--|--------------------------------------|--|---------------------------|-----------------|------------|------------|
| Foto 3x4   | <b>Nome</b>                          |  |                           |                 |            |            |
|  | <b>Programa de Residência Médica</b> |  |                           |                 |            |            |
|  | <b>Parecer</b>                       |  | <b>Nº</b>                 | <b>Data:</b>    |            |            |
|  | <b>Duração</b>                       | <b>anos</b>                              | <b>Início: 01/03/2018</b> | <b>Término:</b> |            |            |
| <b>Dados pessoais</b>  | <b>Filiação / Endereço dos pais</b>  |  |                           |                 |            |            |
|  | Pai                                  |  |                           |                 |            |            |
|  | Mãe                                  |  |                           |                 |            |            |
|  | Cidade / UF                          |  |                           |                 |            |            |
|  | Rua / número                         |  |                           |                 |            |            |
|  | Complemento                          |  | CEP                       |                 |            |            |
|  | Telefones                            |  | (    )                    |                 |            |            |
|  | <b>Nascimento</b>                    |  |                           |                 |            |            |
|  | Data                                 |  |                           |                 |            |            |
|  | Local / UF                           |  |                           |                 |            |            |
| <b>Situação civil</b>  |                                      | <b>Dependentes [ ] Não [ ] Sim / Nº:</b> |                           |                 |            |            |
| <b>Endereço atual</b>  |                                      |  |                           |                 |            |            |
| Cidade / UF  |                                      |  |                           |                 |            |            |
| Rua / número   |                                      |  |                           |                 |            |            |
| Complemento  |                                      |  |                           |                 |            |            |
| Telefones  |                                      |  |                           |                 |            |            |
| E-mail   |                                      |  |                           |                 |            |            |
| Conta bancária (BRADESCO AG 237)   |                                      |  |                           |                 |            |            |
| <b>Documentos (Anexar fotocópias)</b>  | CRM                                  |  |                           |                 |            |            |
|  | CPF                                  |  |                           |                 |            |            |
|  | RG                                   |  |                           |                 |            |            |
|  | Título de Eleitor                    |  |                           |                 |            |            |
|  | PIS                                  |  |                           |                 |            |            |
|  | Alistamento Militar                  |  |                           |                 |            |            |
| <b>Formação</b>  | Instituição de Ensino                |  |                           |                 |            |            |
|  | Sigla                                |  |                           |                 |            |            |
|  | Cidade / UF                          |  |                           |                 |            |            |
|  | Ano da graduação                     |  |                           |                 |            |            |
| <b>Assinatura</b>  |                                      |  |                           |                 |            |            |
| <b>Anexar documentação obrigatória</b>   |                                      |  |                           | <b>Sim</b>      | <b>Não</b> | <b>OBS</b> |
| 1. 01 foto 3x4 recente.  |                                      |  |                           |                 |            |            |
| 2. Fotocópia autenticada frente e verso da "cédula de identidade" do Conselho regional de Medicina do Paraná.<br>2.1. Nos casos em que o registro no CRM encontrar-se em processo deverá ser apresentada a fotocópia autenticada do protocolo do respectivo processo de registro e posteriormente do documento definitivo.             |                                      |  |                           |                 |            |            |
| 3. Fotocópia autenticada frente e verso do diploma de formatura em Medicina.<br>3.1. Nos casos em que o diploma ainda não foi emitido deverá ser apresentada a fotocópia autenticada da declaração de conclusão de curso e posteriormente do documento definitivo.   |                                      |  |                           |                 |            |            |
| 4. Fotocópia autenticada do número do PIS/PASEP (primeira página da carteira de trabalho)  |                                      |  |                           |                 |            |            |
| 5. Fotocópia autenticada frente e verso do certificado de cumprimento integral do Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB) ou do cumprimento integral do Programa de residência médica em medicina geral de família e comunidade (PRMGFC), para aqueles que foram beneficiados com 10% de acréscimo na nota. |                                      |  |                           |                 |            |            |
| 6. Fotocópia autenticada Certificado de conclusão ou declaração que cursa o último ano de programa de residência médica em Clínica Médica ou Cirurgia Geral para os aprovados em programas de residência médica que exijam um destes pré-requisitos.   |                                      |  |                           |                 |            |            |
| 7. Fotocópia comum da carteira de vacinação.   |                                      |  |                           |                 |            |            |
| 8. Fotocópia comum do termo de abertura de conta bancária – BRADESCO agência 237 (preferencial).   |                                      |  |                           |                 |            |            |