



FICHA CADASTRAL

PREENCHIMENTO PELO CANDIDATO (A)	Nome:			
	[ ] Residência* / [ ] Especialização / [ ] Acompanhamento de especialidade			
	Opção:	Programa:		
		* Parecer CNRM Nº	Data: Duração: anos	
		* Data de Início: 01/03/2018 Data de Término: / /		
		<b>* A SER PREENCHIDO PELA COREME-HAC</b>		
		Foto 3 x 4		
	Dados pessoais:	Filiação e endereço dos pais	Pai:	
			Mãe:	
			Cidade / UF:	
			Rua / número:	
			Complemento: CEP	
			Telefones	
			Nascimento	Data: Local / UF:
		Situação civil:	Dependentes [ ] Não [ ] Sim / Nº:	
		Endereço atual	Cidade / UF	
			Rua / número	
			Complemento	
			Telefones	
		E-mail		
	**Conta bancária - Banco: BRADESCO / Agência: / Conta:			
	CRM nº / UF:	CPF:		
	RG:	Título de Eleitor :		
	**PIS/PASEP :	Alistamento Militar :		
	<b>** PARA TODAS AS OPÇÕES DE RESIDÊNCIAS E ESPECIALIZAÇÕES EM OFTALMOLOGIA E OTORRINOLARINGOLOGIA.</b>			
Formação:	Instituição de Ensino:			
	Sigla:	Ano da graduação:		
	Cidade:	UF:		
	Pré-requisito:	Sim: [ ] Cirurgia Geral, [ ] Clínica Médica ou [ ] Pediatria / Data de término:		
		[ ] Não Parecer CNRM nº : Data da Emissão:		
Instituição:				
<b>ASSINATURA:</b>				
Declaro sob minha responsabilidade civil e criminal, que as informações ora prestadas e os documentos apresentados são verdadeiros para todos os fins de direito e que estou ciente das repercussões legais caso não o sejam. Campina Grande de Sul - ...../ ...../ 2019				
<b>ANEXOS OBRIGATORIOS</b>		Sim	Não	
01 foto 3x4 recente.				
Fotocópia autenticada frente e verso da cédula de identidade do CRM-PR ou o protocolo de inscrição pelo prazo máximo de 90 dias, caso se encontre ainda em processo. Em casos de CRM de outra UF, em 90 dias deverá apresentar a transferência para o CRM-PR.				
Fotocópia autenticada frente e verso do diploma de formatura em Medicina ou declaração de conclusão de curso, caso o diploma ainda não tenha sido emitido.				
**Fotocópia comum do termo de abertura de conta bancária BRADESCO, agência 237 (Hospital Angelina Caron)				
**Fotocópia autenticada do número do PIS/PASEP.				
Fotocópia autenticada do título eleitoral.				
Fotocópia autenticada do certificado de dispensa de incorporação ou reservista.				
Fotocópia comum da carteira de vacinação.				
Fotocópia autenticada frente e verso do certificado de cumprimento integral do Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB) para aqueles que foram beneficiados com 10% de acréscimo na nota.				
Fotocópia autenticada do certificado de conclusão ou declaração que cursa o último ano de programa de residência médica em Clínica Médica ou Cirurgia Geral (pré-requisitos) para os aprovados em programas de residência médica que exijam um destes pré-requisitos.				
<b>CONFERIDO:</b>				