



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MÉDICA
RESERVA DE MATRÍCULA

Av. Dr. Arnaldo, 351
2º Andar - Cerqueira
César, São Paulo/SP
Tel.: (11) 3066-8157

IDENTIFICAÇÃO

<i>Instituição</i>				<i>Sexo</i>
<i>Programa</i>				<i>Masculino</i>
<i>Residente</i>				<i>Feminino</i>
<i>Nome Mãe</i>		<i>Nome Pai</i>		

NACIONALIDADE

<i>Brasileiro</i>		<i>Estado</i>		<i>Município</i>	
<i>Estrangeiro</i>		<i>País de Origem</i>		<i>Data de entrada no Brasil</i>	/ /

DOCUMENTOS

<i>Nº do RG</i>		<i>Data de Emissão</i>	/ /	<i>Órgão Expedidor</i>	
<i>Nº do CPF</i>		<i>Data de Nascimento</i>	/ /		
<i>Nº do CRM</i>		<i>Tipo de CRM</i>			
<i>Número do NIT/PIS/PASEP</i>					
<i>Título de Eleitor</i>		<i>Zona Eleitoral</i>		<i>Seção</i>	

CONTATO

<i>Telefone residencial</i>	()	<i>Telefone celular</i>	()
<i>Endereço</i>		<i>Número</i>	<i>Comp.</i>
<i>Bairro</i>		<i>CEP</i>	<i>UF</i>
<i>e-mail - atualizado</i>			

DADOS BANCÁRIOS (Apenas no Banco do Brasil)

<i>Nome da Agência</i>		<i>Município</i>		<i>UF</i>	
<i>Nº da Agência</i>		<i>Nº da Conta Corrente</i>			

FORMAÇÃO MÉDICA

<i>Instituição de Ensino</i>					
<i>Município da Instituição de Ensino</i>		<i>Estado</i>			
<i>País</i>		<i>Data de Conclusão</i>	/ /		

PRÉ-REQUISITO

<i>Programa</i>		<i>Duração</i>		<i>Ano do Início</i>	
<i>Nome da Instituição</i>		<i>Município</i>		<i>UF</i>	

DECLARO estar ciente que a vaga reservada no programa de Residência Médica acima, por motivo de convocação para o Serviço Militar, estará assegurada no próximo ano somente se: 1) O referido programa continuar credenciado pela Comissão Nacional de Residência Médica; 2) O referido programa continuar existindo na instituição e 3) A instituição continuar integrando o Programa de Residência Médica da SES/SP.

DATA

ASSINATURA DO MÉDICO RESIDENTE