



Residência Multiprofissional em Saúde Hospitalar de Pacientes com Necessidades Especiais



PROCESSO SELETIVO – 2020

**PARA A EFETIVAÇÃO DA MATRÍCULA O CANDIDATO APROVADO DEVERÁ
PREENCHER NA ORDEM QUE SEGUE OS DADOS SOLICITADOS ABAIXO:**

- CPF:
- Nome completo:
- Nome do pai:
- Nome da mãe:
- Data de nascimento:
- Estado civil:
- Nacionalidade:
- Cor/Origem étnica:
- UF Naturalidade:
- Naturalidade:
- Grupo sanguíneo:
- PIS/PASEP ou NIS::
- Título de eleitor:
- RG (incluir data de expedição e órgão emissor):
- Telefone de contato:
 - Celular:* ()
 - Fixo:* ()
- Data do primeiro emprego:
- CEP:
- Logradouro:
- Número:
- Complemento:
- Bairro:
- Cidade:
- Estado:
- Registro conselho de classe (mesmo que provisório):
- Banco para depósito da bolsa:
 - Agência:*
- *Conta corrente *(não poderá ser conta poupança) :*
- Dependentes econômicos(nome e idade):

Trazer os documentos no ato da matrícula:

- Cópia simples de documento de identidade com foto.
- Cópia de certidão de nascimento ou casamento.
- Declaração de conclusão de residência ou certificado de conclusão.
- Certificado de reservista
- Cópia simples da carteira de registro profissional quando tiver ou número de inscrição provisório
- Cópia simples do cartão de conta bancária.
- Cópia simples do comprovante de endereço.