**ANEXO A - FICHA DE DADOS CADASTRAIS**

**EDITAL Nº 15/2024 – PROPOPI/UFDPar**

**EDITAL DE MATRÍCULA INSTITUCIONAL - RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL E EM ÁREA PROFISSIONAL DA SAÚDE**

|  |  |
| --- | --- |
| **NOME:** | **Gênero:** |
| **NOME SOCIAL (se for o caso):** |
| **PAI:** |
| **MÃE:** |
| **GRUPO SANGUÍNEO:** | **DATA NASCIMENTO:** |
| **RAÇA/COR:** |  |
| **NATURALIDADE:** | **ESTADO:** | **PAÍS:** |
| **IDENTIDADE:** | **ORGÃO EXPEDIDOR:** | **DATA DA EXPEDIÇÃO:** |
| **CPF:** | **PIS/PASEP:** |
| **ENDEREÇO:** |
| **BAIRRO:** | **CEP:** | **MUNICÍPIO:** |
| **ESTADO CIVIL:** |
| **TÍTULO ELEITORAL:** | **ZONA:** | **SEÇÃO:** | **CIDADE/ESTADO:** |
| **DOC. MILITAR:** | **CATEGORIA:** | **ÓRGÃO EXPEDIDOR:** | **LOCAL:** | **DATA EXPEDIÇÃO:** |
| **CART. TRABALHO:** | **SÉRIE:** | **ÓRGÃO EXPEDIDOR:** | **LOCAL:** | **DATA EXPEDIÇÃO:** | **DATA DO 1º EMPREGO:** |
| **GRADUAÇÃO:** |
| **INSTITUIÇÃO DE ENSINO SUPERIOR (GRADUAÇÃO):** |
| **DATA DA COLAÇÃO DE GRAU:** |
| **NÚMERO/NOME DO BANCO:** | **AGÊNCIA:** | **CONTA BANCÁRIA (apenas conta corrente):** |
| **CONSELHO PROFISSIONAL:** | **NÚMERO DA INSCRIÇÃO NO CONSELHO PROFISSIONAL:** |
| **EMAIL:**  | **TELEFONES DE CONTATO:** **1.** **2.**  |
| **DATA:** | **ASSINATURA:***(Assinatura sou.gov ou outro certificador digital)* |