# ANEXO II - FICHA DE CADASTRO MÉDICO RESIDENTE– PROJETO TELESSAÚDE

**Nome**: ...................................................................................................................................................

**Data de nascimento ......./......./.......**

**Função Pretendida:**

Médico Residente em Psiquiatria

**DADOS BANCÁRIOS (Preferencialmente Banco do Brasil)**:

Os dados bancários fornecidos devem ser obrigatoriamente de titularidade do profissional/candidato:

Banco:

Nº Agência:

Tipo de conta:

Nº da Conta:

**ENDEREÇO RESIDENCIAL:**

End.: ...................................................................................... Nº ........... Complem.: .............................

Bairro: ............................................................ Cidade:........................................ UF: .....................

CEP.: ............................................. Tel. Res.: ( ) ............................. Cel.: ( ) .............................

E-mail: .....................................................

**DOCUMENTOS PESSOAIS:**

**Cadastro no PIS n° :** .........................................................

**Cédula de Identidade – RG. nº**.......................................................... Órgão emissor/UF: ...............

**Cadastro Pessoa Física/CPF/MF nº:** .........................................................

**ASSINATURA DO CANDIDATO:**

# 