# ANEXO II - FICHA DE CADASTRO RPA – PROJETO TELESSAÚDE

Qualificação Cadastral E-social: <http://consultacadastral.inss.gov.br/Esocial/pages/index.xhtml>

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Função pretendida** | | | | | |
|  | Psicólogo Clínico |  | Psicólogo – Psicoterapia Infantil |  | Médico Psiquiatra |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nome** | | | | |
|  | | | | |
| **Número do CPF** | | **Data de Nascimento** | | |
|  | |  | | |
| **Número do PIS/PASEP** | | **Número da Identidade/Estado Emissor** | | |
|  | |  | | |
| **Dados Bancário para pagamento**  Os dados bancários fornecidos devem ser obrigatoriamente de titularidade do profissional/candidato | | | | |
| **Nome do Banco** | | | | |
|  | | | | |
| **Número da Agência** | **Número da Conta/Digito** | | **Tipo de conta** | |
|  |  | |  | |
| **Endereço Residencial** | | | | |
| **Endereço** | | | | |
|  | | | | |
| **Bairro** | | | | |
|  | | | | |
| **Cidade** | | **Estado** | | **Cep** |
|  | |  | |  |
| **Telefone residencial** | | **Telefone celular** | | |
|  | |  | | |
| **e-Mail** | | | | |
|  | | | | |
| **Assinatura do candidato** | | | | |
|  | | | | |