

## FICHA DE DADOS CADASTRAIS - (PREENCHER COM LETRAS DE FORMA)

Nome Completo:

Tipo Sanguíneo

CPF

Estado Civil:

Identidade(RG):

Org. Expedidor:

UF:

Data Emissão:

Data Nascimento:

CRM/CE:

Município Onde nasceu:

UF:

Nacionalidade:

Ano chegada ao Brasil:

Endereço Completo:

Bairro:

Município:

UF:

CEP:

Telefone:

Celular:

Filiação:

Nome da Mãe:

Nome do Pai:

Nº de inscrição do Título Eleitoral:

Zona:

Seção:

Município do Título Eleitoral:

UF:

N.º PIS/PASEP/NIT

Nº documento Militar

Série

Categoria

E-MAIL:

Programa:

**Curso de Pós-graduação Lato Sensu em Atenção Primária à Saúde – Programa Médico da Família Ceará – Edital 01/2020**

Banco:

Agência:

Conta:

Faculdade em que se formou:

UF:

Ano da Formatura:

Residência(s) que já fez:

Período:

Local onde fez a Residência:

### TERMO DE RESPONSABILIDADE

DECLARO QUE AS INFORMAÇÕES CONSTANTES NESTA FICHA SÃO VERDADEIRAS

DATA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/2020

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Médico Discente

## TERMO DE COMPROMISSO

Pelo presente termo de Compromisso, eu \_\_\_\_\_, médico(a) devidamente matriculado(a) na Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP-CE) para cursar o Curso de Pós-graduação *Lato Sensu* em Atenção Primária à Saúde – Programa Médico da Família Ceará, tenho ciência das obrigações inerentes à qualidade de bolsista, e nesse sentido, **COMPROMETO-ME** a respeitar as seguintes cláusulas:

### **Cláusula Primeira**

– Cumprir TODAS as exigências do programa de Pós-graduação *Lato Sensu* em Atenção Primária à Saúde – PMFC, no qual fui matriculado(a).

### **Cláusula Segunda**

– Entregar o Trabalho de Conclusão do Curso (TCC) de acordo com o regulamento de TCC de pós-graduação / *Lato Sensu* da Escola de Saúde Pública (ESP-CE) aprovado em junho de 2018.

### **Cláusula Terceira**

– Cumprir o disposto no Regulamento Interno da Escola de Saúde Pública e no Regimento Interno do Curso de Pós-graduação *Lato Sensu* em Atenção Primária à Saúde – Programa Médico da Família Ceará.

Tenho plena ciência de que poderei ser desligado(a) do Curso caso não cumpra qualquer uma das cláusulas apresentadas neste termo de compromisso.

Fortaleza(CE), de \_\_\_\_\_ de 2020.

\_\_\_\_\_  
Assinatura/Médico Discente

CPF: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

## DADOS DA PROCURAÇÃO

Procuração reconhecida em Cartório	Nome do procurador(a):	Data da Procuração:	Cópia do RG do Candidato e do Procurador
		/ / 2020	

**CONFIRMO A EXATIDÃO DOS DADOS.**

Fortaleza/Ceará, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2020

\_\_\_\_\_  
Rubrica do Médico Discente