

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 1:	Telefone 2:
-------------	-------------

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 (APS) – PROGRAMA MÉDICO DA FAMÍLIA CEARÁ - EDITAL 12/2022

Banco: BRABESCO	Agência:	Conta:
---------------------------	----------	--------

Faculdade em que se formou:	UF:	Ano da Formatura:
-----------------------------	-----	-------------------

TERMO DE RESPONSABILIDADE

DECLARO QUE AS INFORMAÇÕES CONSTANTES NESTA FICHA SÃO VERDADEIRAS

DATA: ____/____/____

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 2022.

Assinatura/Médico Discente
CPF: _____

DADOS DA PROCURAÇÃO

Procuração reconhecida em Cartório	Nome do procurador(a):	Data da Procuração: / / 2022	Cópia do RG do Candidato e do Procurador
------------------------------------	------------------------	---------------------------------	--

CONFIRMO A EXATIDÃO DOS DADOS.

Fortaleza/Ceará, ____ de _____ de 2022

Rubrica do Médico Discente