



Universidade Federal
de São João del-Rei

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO JOÃO DEL REI (UFSJ)
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MÉDICA
CAMPUS DOM BOSCO



CADASTRO NO SIAPE DE RESIDÊNCIA

DADOS PESSOAIS

NOME: _____

DATA DE NASCIMENTO: _____

SEXO: _____

COR/ORIGEM ÉTNICA: _____

PORTADOR DE DEFICIÊNCIA (EM CASO DE SIM, QUAL?): _____

RG: _____ Órgão expedidor: _____ Data de expedição: _____ UF: _____

CPF: _____ CRM MG: _____

NATURALIDADE: _____ UF: _____ NACIONALIDADE: _____

TIPO SANGUÍNEO: _____

NOME COMPLETO DO PAI: _____

NOME COMPLETO DA MÃE: _____

ESTADO CIVIL: _____

NOME COMPLETO DO (A) CÔNJUGE: _____

RG DO CÔNJUGE COM ÓRGÃO EMISSOR E UF DE EXPEDIÇÃO: _____

CPF DO CÔNJUGE: _____

QUANTIDADE DE DEPENDENTES ECONÔMICOS: _____

NOME COMPLETO DOS DEPENDENTES: _____

DECLARO TER NÚMERO DO PIS PASEP: _____ NÚMERO DO PIS PASEP: _____

NÚMERO DO COMPROVANTE DE ALISTAMENTO MILITAR: _____

ÓRGÃO EMISSOR: _____

TÍTULO DE ELEITOR: _____

ENDEREÇO

ENDEREÇO: _____ COMPLEMENTO: _____

BAIRRO: _____ CIDADE: _____ CEP: _____

ESTADO: _____ EMAIL: _____

TELEFONE COMERCIAL: _____

DADOS BANCÁRIOS

BANCO: _____ AGÊNCIA: _____ CONTA SALÁRIO: _____

DENOMINAÇÃO DA AGÊNCIA BANCÁRIA: _____

DADOS DA BOLSA DE RESIDÊNCIA MÉDICA

INÍCIO: 01/03/2023 TÉRMINO: 28/02/2025

UNIDADE ADMINISTRATIVA: Campus Dom Bosco – Departamento de Medicina

JORNADA DE TRABALHO: 60 HORAS SEMANAIS DATA DO PRIMEIRO EMPREGO: ____/____/____

VALOR MENSAL DA BOLSA: R\$4.106,09

PARA USO EXCLUSIVO DO SIAPE UFSJ

MATRÍCULA RESIDENTE NO SIAPE: _____ DATA DE INCLUSÃO NO SIAPE: _____

São João del Rei, ____ de _____ de _____

Assinatura do Residente

Assinatura da Coordenação da COREME