HOSPITAL UNIVERSITÁRIO WALTER CANTÍDIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
SAMEAC - SOCIEDADE DE ASSISTÊNCIA À MATERNIDADE ESCOLA ASSIS CHATEAUBRIAND
UNIDADE DE PESSOAL
CADASTRO DE RESIDENTES

IDENTIFICAÇÃO			
Chapa:	Nome:		
Data de nascimento:	Sexo:	Nacionalidade:	Naturalidade:
Estado natal:	Estado civil:	Grau de instrução:	

ENDEREÇO PRINCIPAL			
Rua:	Número:	Complemento:	
Bairro:	Cidade:	CEP:	
Telefone I:	Telefone II:	Celular:	E-Mail:

DOCUMENTOS				
Carteira de identidade nº:		Data de emissão:		
Órgão emissor:	Estado emissor:	C.P.F:		
Título de eleitor nº:	Zona:	Seção:	Local e data de emissão:	
CTPS nº:	Série:	Data de emissão:	Estado emissor:	
PIS ou NIT:	Banco e data de cadastro do PIS ou NIT:	**CRM:**		

REGISTRO		
Banco de pagamento: **Banco do Brasil**	Agência de pagamento:	Número da conta corrente:

FILIAÇÃO	
Nome do Pai:	Data de Nascimento:
Nome da Mãe:	Data de Nascimento:

CÔNJUGE		
Nome:	CPF:	Data de Nascimento:

PARA CONFECÇÃO DO CRACHÁ	
NOME NO CRACHÁ:_____	**FOTO**

Fortaleza(Ce), em _____/_____/_____

_____
Assinatura do(a) RESIDENTE

Juntamente com esta ficha entregar:
2 fotos 3x4 (colorida, atualizada e original);
Cópias do Registro do Conselho de Classe, CPF e RG.