

COHR -HOSPITAL DIA OFTALMOLOGICO.

## IDENTIFICAÇÃO DO RESIDENTE

Preencher com LETRA LEGÍVEL :

RESIDÊNCIA: Médica Oftalmologica.

Área /especialidade: OFTALMOLOGIA

DATA: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ /2025

### 1. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

NOME DO RESIDENTE: \_\_\_\_\_

FILIAÇÃO: Pai: \_\_\_\_\_ Mãe: \_\_\_\_\_

ESTADO CIVIL: \_\_\_\_\_ NOME DO CÔNJUGE: \_\_\_\_\_

NACIONALIDADE: \_\_\_\_\_ COR/ORIGEM ÉTNICA: \_\_\_\_\_ GRUPO SANGUÍNEO: \_\_\_\_\_

NATURAL DE: \_\_\_\_\_ DATA NASCIMENTO: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ SEXO: ( ) F ( ) M

ENDEREÇO: \_\_\_\_\_

BAIRRO \_\_\_\_\_ CIDADE \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_

FONE RESID. \_\_\_\_\_ CELULAR: \_\_\_\_\_ FONE P/RECADOS \_\_\_\_\_

C. DE IDENT.: nº \_\_\_\_\_ Órgão Expedidor e Estado: \_\_\_\_\_ Data expedição: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_ Nº Conselho classe: \_\_\_\_\_ MATRÍCULA UEL Nº \_\_\_\_\_

PIS/PASEP/NIT: \_\_\_\_\_ DATA DO PRIMEIRO EMPREGO: \_\_\_\_\_

Tít. Eleitor: \_\_\_\_\_ Zona: \_\_\_\_\_ Seção: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_

Reservista: \_\_\_\_\_ E-MAIL \_\_\_\_\_

### 2. DADOS SOBRE O CURSO DE GRADUAÇÃO QUE FREQUENTOU:

Curso: \_\_\_\_\_ Nome da Faculdade: \_\_\_\_\_

Sigla da Faculdade: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_ Início: \_\_\_\_\_ Término \_\_\_\_\_

**Para áreas de Residência Médica com pré-requisito:**

DADOS CURSO DE RESIDÊNCIA QUE FREQUENTOU (para residentes que irão cursar residência médica que exige pré-requisito)

Sigla: \_\_\_\_\_ Nome da Faculdade/Hospital: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_

Área: \_\_\_\_\_ Início: \_\_\_\_\_ Término \_\_\_\_\_

Assinatura do residente \_\_\_\_\_