

## CADASTRO PARA PRÁTICA CLÍNICA SUPERVISIONADA

Foto 3x4	NOME:			MATRÍCULA:		
	Filiação:	PAI:				
		MÃE:				
RG/CI:	ÓRGÃO EXPEDIDOR:	DATA DE EXPEDIÇÃO: / /		CPF:		
ESTADO CIVIL:	DATA DE NASCIMENTO: / /	TELEFONES:				
		RESIDENCIAL: ( )	COMERCIAL: ( )	CELULAR: ( )		
ENDEREÇO:				BAIRRO:		
CIDADE:	UF:	CEP:	COMPLEMENTO:			
<b>EM CASO DE ACIDENTE COMUNICAR À</b>						
NOME DO RESPONSÁVEL:		GRAU DE PARENTESCO:	TELEFONES:			
			RESIDENCIAL: ( )	COMERCIAL: ( )	CELULAR: ( )	
<b>VÍNCULO EMPREGÁTICIO</b>						
TRABALHA?	SE SIM, RESPONDER:					
<input type="radio"/> SIM	NOME DA INSTITUIÇÃO:					
<input type="radio"/> NÃO	CARGA HORÁRIA SEMANAL:	NOME DO CHEFE IMEDIATO:			TELEFONE: ( )	

Declaro para os devidos fins de direito, a veracidade das informações dispostas acima, ciente das responsabilidades criminais nos casos de falsidade e omissão de dados oficiais.

Por ser verdade firmo o presente.

Porangatu-GO, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do(a) Acadêmico(a)

**ATENÇÃO:**

Deverá ser entregue com esta ficha uma cópia dos seguintes documentos:

- 1 – Identidade Civil (ou documento equivalente)
- 2 – Cadastro de Pessoa Física (CPF)
- 3 – Cartão de Vacinação
- 4 – Comprovante de endereço

## AVALIAÇÃO DA SECRETARIA GERAL

O(a) Acadêmico(a) \_\_\_\_\_, matrícula nº \_\_\_\_\_, está devidamente matriculado na disciplina de Prática Clínica Supervisionada \_\_\_\_\_, do curso de \_\_\_\_\_ para o semestre \_\_\_\_\_/20\_\_\_\_\_.

Porangatu-GO, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Funcionário