CEREM BAHIA
COMISSÃO ESTADUAL DE RESIDÊNCIA MÉDICA

Email: residencia.medica@saude.ba.gov.br

Foto 3X4

MATRÍCULA DE MÉDICO RESIDENTE

Dados Pessoais

Nome: _____

Especialidade a ser cursada: _____

Data de Nasc: _____ **Est. Civ.:** _____ **Sexo:** _____

Naturalidade: _____ **Nacionalidade:** _____

Filiação: _____ **e** _____

Endereço: _____

Bairro: _____ **Cidade:** _____ **CEP:** _____ **UF:** ___

Fone: _____ **Celular:** _____ **Email:** _____

Insc. Cons. Regional nº: _____ **UF:** _____

Cart. Identidade nº: _____ **Órgão Emissor:** _____ **UF:** _____ **Data Emissão:** _____

Cart. Reservista nº: _____ **Data Emissão:** _____

Título Eleitor nº: _____ **Zona:** _____ **Seção:** _____ **Data Emissão:** _____

CPF: _____ **PIS/PASEP nº:** _____

Dados Matrícula

Data do início da Residência Médica: _____

Instituição: _____

Vínculo (Fonte Pagadora): _____

***Programa de RM já concluído:** _____

Instituição: _____ **Data de Conclusão:** _____

Dados Graduação

Instituição da Graduação: _____

Data de Conclusão da Graduação: _____ **UF da Graduação:** _____ **Município:** _____

REMANEJAMENTOS: (Uso exclusivo da CEREM)

- **Dia** ____ **De:** _____ **Para:** _____ **Ass:** _____
- **Dia** ____ **De:** _____ **Para:** _____ **Ass:** _____
- **Dia** ____ **De:** _____ **Para:** _____ **Ass:** _____
- **Dia** ____ **De:** _____ **Para:** _____ **Ass:** _____
- **Dia** ____ **De:** _____ **Para:** _____ **Ass:** _____
- **Dia** ____ **De:** _____ **Para:** _____ **Ass:** _____
- **Dia** ____ **De:** _____ **Para:** _____ **Ass:** _____