



## SOLICITAÇÃO DE CRACHÁ DE IDENTIFICAÇÃO À PORTARIA

**Obs.: O preenchimento de todos os campos com letra de forma e legível sem abreviaturas é OBRIGATÓRIO e deverá ser encaminhado ao Centro de Recursos Humanos.**

NOME: \_\_\_\_\_

DATA DE NASCIMENTO: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ NATURALIDADE: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_

NACIONALIDADE: \_\_\_\_\_ ESTADO CIVIL: \_\_\_\_\_

FILIAÇÃO: \_\_\_\_\_ e de \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_ PIS/PASEP/NIT \_\_\_\_\_

R.G: \_\_\_\_\_ UF \_\_\_\_\_ ORGÃO EMISSOR \_\_\_\_\_ EXPEDIÇÃO \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

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

ENDEREÇO: \_\_\_\_\_ Nº \_\_\_\_\_

COMPLEMENTO \_\_\_\_\_ BAIRRO: \_\_\_\_\_

CIDADE: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_ CELULAR COM DDD: \_\_\_\_\_

FORMAÇÃO: \_\_\_\_\_

CONSELHO DE CLASSE \_\_\_\_\_ Nº REGISTRO: \_\_\_\_\_ DATA: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

### ASSINALAR QUAL O VINCULO E PREENCHER O PERÍODO:

ESTÁGIO OBRIGATÓRIO CURRICULAR

PÓS GRADUANDO DA FMRP

PÓS DOUTORANDO DA FMRP

ALUNO VISITANTE

OPTATIVO DE RESIDENTE EXTERNO

MÉDICO ADIDO

COMPLEMENTAÇÃO ESPECIALIZADA

MÉDICO ESTRANGEIRO

COLABORADOR DE PESQUISA

MÉDICO COLABORADOR

PERÍODO: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ a \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

DEPARTAMENTO: \_\_\_\_\_

ESPECIALIDADE: \_\_\_\_\_

ORIENTADOR(A) : \_\_\_\_\_

Ribeirão Preto, de de .

Carimbo do Responsável pelo Depto com assinatura

### PARA USO DA PORTARIA

Matrícula:  Emissão  Renovação MODELO :

Declaro a veracidade das informações acima prestadas e ter recebido o Crachá de Identificação em \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ que será usado em conformidade com as Normas de Acesso do HCRP, que são do meu conhecimento a partir deste momento.

Assinatura do Profissional