



FORMULÁRIO DE CADASTRAMENTO DE ESTAGIÁRIO/TREINANDO

Estágio: ☐ Obrigatório ☐ Não Obrigatório		Treinamento: ☐ Profissional ☐ Residente		
D A D O S P E S S O A I S	Nome:			
	Sexo:	Data Nasc.:	Est.Civil:	
	Filiação – Mãe:			
	Pai:			
	Endereço:	Nro.:	Compl.:	
	Bairro:	Cidade:	UF	CEP:
D O C U M E N T O S	Telefone: ()	Celular ()	E-mail:	
	Nat.:	Nacionalidade:		
	CPF	Identidade	Órgão Emissor	UF:
	Campo Preenchido por estagiários e treinandos profissionais			
	Número da Apólice do seguro contra acidentes pessoais:			
	Nome da empresa seguradora:			
E N S I N O	Campo Preenchido por treinandos profissionais ou residentes			
	Curso de Formação:	Nº Conselho Regional:	Estado Emitente:	
	Campo Preenchido por estagiários			
	Instituição de Ensino:			
	Vigência do Convênio com a SMS:			
	Curso:	Total de Períodos do Curso:	Período que está cursando:	
L O T A Ç Ã O	Dados do estágio (obrigatório ou não obrigatório) ou do treinamento (profissional ou residência)			
	Programa /Área:			
	Unidade:	A.P.:		
	(dia/mês/ano) Início:	Término:		
	Carga Horária (semanal):	Carga Horária (total):		
	Crachá- Data Recebimento:	Data Devolução:		

Rio de Janeiro, de de .

Assinatura do Candidato

Ciente:

Assinatura e carimbo do Pres. Centro de Estudos