



# CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO

## FICHA CADASTRAL – PESSOA FÍSICA

### DADOS CADASTRAIS

NOME COMPLETO


NOME PARA SER IMPRESSO NA CÉDULA DE IDENTIDADE MÉDICA.

--

O (a) requerente vem solicitar sua inscrição no quadro deste Conselho, na modalidade assinalada para exercer a Medicina no Estado de São Paulo. Anexa a documentação exigida de acordo com o artigo 2º e parágrafos do Decreto Nº 44045 de 19/07/1958.

RG Nº	ORG EXP	UF	DATA DE EXPEDIÇÃO
			/   /
CPF	SEXO	SITUAÇÃO CONJUGAL	DATA DE NASCIMENTO
			/   /
NACIONALIDADE (PAIS)			
NATURALIDADE (CIDADE)			
TÍTULO DE ELEITOR	UF	ZONA	SEÇÃO
CERT MILITAR	ORG EXP	CATEGORIA	

FACULDADE	ANO FORM.

**FILIAÇÃO**  
 NOME DO PAI

--

NOME DA MÃE

--

SECUNDÁRIA  
 TRANSFERÊNCIA  
 REINSCRIÇÃO

sigla da delegacia

Para uso da SRP (etiqueta)

### ENDEREÇAMENTO

**ENDEREÇO RESIDENCIAL**  
 TIPO (rua, av, etc)      LOGRADOURO (nome da rua, etc)

Nº	COMPLEMENTO	CEP	BAIRRO OU DISTRITO
		-	
CIDADE			UF

**ENDEREÇO COMERCIAL**  
 TIPO (rua, av, etc)      LOGRADOURO (nome da rua, etc)

Nº	COMPLEMENTO	CEP	BAIRRO OU DISTRITO
		-	
CIDADE			UF

**TELEFONES E ENDEREÇOS ELETRÔNICOS**

TELEFONE RESIDENCIAL	FAX	CELULAR
( ( ) )	( ( ) )	( ( ) )
E-MAIL		
TELEFONE COMERCIAL	FAX	CELULAR
( ( ) )	( ( ) )	( ( ) )
E-MAIL		

Endereço para correspondência: RESIDENCIAL       COMERCIAL



# CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO

## FICHA CADASTRAL – PESSOA FÍSICA

NOME:

### AUTORIZAÇÃO

Autoriza divulgação do e-mail na internet?

Sim  Não

Autoriza divulgação endereço residencial na internet?

Sim  Não

Autoriza divulgação do endereço comercial na internet?

Sim  Não

Autoriza a foto na internet? caso negativo, justifique abaixo.

Sim  Não

Não obrigatório

Doador de órgãos  Sim  Não

Tipo Sangüíneo   Fator RH

protocolo

FOTO  
3x4  
colorida com  
fundo branco

Polegar Direito

assinatura do médico  
(favor assinar no centro deste quadro)

### Para uso do CREMESP

Atendente

nome completo

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

assinatura

### Para uso do CREMESP

digitação/ digitalização/ microfilmagem

Observações ou justificativas:

Confirmo as informações acima, conforme originais apresentados ou cópias anexas.

Local e data

assinatura do médico(a)