



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL  
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS  
DEPARTAMENTO DO PESSOAL  
COORDENAÇÃO FINANCEIRA DE PESSOAL

## FORMULÁRIO DE CADASTRO DE RESIDENTES

**ANEXAR XEROX (OBRIGATÓRIO): TUDO NA MESMA FOLHA**

- CFP (somente a frente)
- RG, frente e verso (não pode ser CNH)
- Título de eleitor (somente a frente)
- Comprovante de Endereço com CEP ATUALIZADO (xerox somente onde consta o endereço)
- Cabeçalho superior do extrato bancário

**RESPONDER O QUESTIONÁRIO CORRETAMENTE E COM LETRA LEGÍVEL**

( ) Médico Residente (MRD) em \_\_\_\_\_  
( ) Residência Multiprofissional (MRP) em \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_  
Nome: \_\_\_\_\_  
Data de nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_  
Nacionalidade: \_\_\_\_\_ UF nascimento: \_\_\_\_\_  
Nome da mãe: \_\_\_\_\_  
Cor/origem étnica: \_\_\_\_\_ Grupo Sanguíneo: \_\_\_\_\_ Fator Rh: ( ) positivo ( ) negativo  
Pessoa com deficiência: ( ) não ( ) sim. Qual? \_\_\_\_\_  
Qtde dependentes econômicos: \_\_\_\_\_ Data do primeiro emprego: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
PIS / PASEP/ NIT: \_\_\_\_\_  
Título de eleitor: \_\_\_\_\_  
RG: \_\_\_\_\_ Órgão Expedição: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_ Data Emissão: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**ENDEREÇO RESIDENCIAL:**

Logradouro: \_\_\_\_\_  
Número: \_\_\_\_\_ Complemento: \_\_\_\_\_  
Bairro: \_\_\_\_\_  
Município: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_  
Telefone: DDD: \_\_\_\_\_ Número: \_\_\_\_\_  
Celular: DDD: \_\_\_\_\_ Número: \_\_\_\_\_  
**E-mail pessoal:** \_\_\_\_\_

**DADOS BANCÁRIOS PARA DEPOSITO DO PAGAMENTO, bancos credenciados:**

Caixa Econômica Federal, Banco do Brasil, Itaú, Santander, Bradesco, Banco Cooperativo do Brasil (BANCOOP), Banco do Estado do Rio Grande do Sul (BANRISUL), Banco Cooperativo SICREDI (BANSICRED) BRADESCO/HSBC

A **CONTA** deve ser do tipo **SALÁRIO**:

Banco: \_\_\_\_\_  
Agência Nº: \_\_\_\_\_ Número Da Conta: \_\_\_\_\_

A residência inicia em: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, concluindo em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.  
Local da residência: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Residente