

FICHA CADASTRAL PARA ESTAGIOS

DADOS DO EMPREGADOR:

Empresa: Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Fernandópolis		
CNPJ: 47.844.287/0001-08	Filial:	
Logradouro: Avenida	Endereço: Afonso Cáfaros	Nº: 2630
Bairro: Santista	Cidade: Fernandópolis	
CEP: 15600-000	Estado: São Paulo	

Código do Crachá:

DADOS DO REGISTRO

Setor de estágio:
Data de início: _____ término: _____
Carga horária diária: _____ horas / Carga horária total: _____ horas.
Número do RA:
Nome do professor orientador: _____ CPF: _____
Instituição/Escola:

DADOS DO ESTAGIÁRIO (PREENCHIMENTO PELO (A) ESTAGIÁRIO (A)):

Nome (Completo, Sem Abreviações e Letra Legível):		
		Idade:
Nome Social (Opcional):		
Endereço:		
Nº:	Logradouro:	Bairro:
Complemento:		
Cidade:		
CEP:	Estado:	
País:		
Telefones de Contato: (____) _____ - _____ / (____) _____ - _____		



Hospital de Ensino

SANTA CASA

de Misericórdia de Fernandópolis

Irmãdade da Santa Casa de Misericórdia de Fernandópolis | Fundada em 01/02/1948 | CNPJ 47.844.287/0001-08

Utilidade Pública | Decreto Federal nº 73.649 de 14/02/1974 | Lei Estadual nº. 8.138 de 01/06/1964 | Lei Municipal nº. 3 de 09/05/1962

Celular: () - / () -			
Whatsapp: () - / () -			
Facebook:			
Outra Mídia Social (Opcional):			
E-mail (Obrigatório):			
E-mail (Opcional):			
Nacionalidade:		Sexo: () Masculino () Feminino	
Raça: () Indígena () Negra () Branca () Amarela (de origem japonesa, chinesa, coreana, etc...) () Parda (ou declarada como mulata, cabocla, cafuza, mameluca ou mestiça de negro com outra cor ou raça.			
Data de Nascimento:		Naturalidade:	
UF:	Local de Nasc.:		
Identidade:		Data de Emissão:	
Órgão Emissor:			UF:
CPF:			
Título de Eleitor:		Zona:	Seção:
Carteira de Reservista:		Categoria:	
CNH:	Data de Expedição:		UF:
Vencimento:	1ª Habilitação:	Categoria:	
Cartão SUS:			
Estado Civil: () Solteiro/a () Casado/a () Divorciado/a () Separado/a () Viúvo/a			
Grau de Instrução: () Analfabeto () Até 5ª Série Incompleta do Ensino Fundamental () 5ª Série Completa () 6ª a 9ª Série Incompleta do Ensino Fundamental () Ensino Fundamental Completo () Ensino Médio Incompleto () Ensino Médio Completo () Ensino Superior Incompleto () Ensino Superior Completo () Pós-Graduação Completa () Mestrado Completo () Doutorado Completo			
Curso: _____			
Ano: _____ Semestre: _____			

FILIAÇÃO

Pai:
Mãe:

Av. Afonso Cáfar, 2630 | Jd. Santista | Fernandópolis/SP | 15.600-000

Tel. (17) 3465-6122 | Fax (17) 3442-6176

santacasa@santacasafernandopolis.com.br





Hospital de Ensino

SANTA CASA

de Misericórdia de Fernandópolis

Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Fernandópolis | Fundada em 01/02/1948 | CNPJ 47.844.287/0001-08

Utilidade Pública | Decreto Federal nº 73.649 de 14/02/1974 | Lei Estadual nº. 8.138 de 01/06/1964 | Lei Municipal nº. 3 de 09/05/1962

ESTAGIÁRIO (Preenchimento pela empresa)

Responsável na Empresa:	
Cargo do Responsável:	CPF:
Nível: () Médio () Técnico () Superior	Curso:
Instituição/Escola:	
Obs:	

DECLARAÇÃO

Declaro que para todos os fins que as informações constantes desse formulário são fieis a verdade e condizentes com a realidade dos fatos à época.

Declaro que todas as informações mencionadas nesse formulário foram extraídas dos documentos são da minha inteira responsabilidade.

Além disso, fui informado que se houver qualquer alteração nesta Declaração, a mesma deverá ser modificada junto a Central de Estágios.

Declaro estar ciente de que multas geradas mediante as informações prestadas nesta, serão de inteira responsabilidade do estagiário e, que o valor resultante da autuação será de responsabilidade do mesmo.

Por fim, fico ciente que através desse documento a falsidade das informações configura crime previsto no Código Penal Brasileiro e passível de apuração na forma da lei.

Nada mais a declarar e, ciente das responsabilidades prestadas, firmo a presente.

Fernandópolis, ____ de _____ de _____.

Assinatura do (a) Estagiário (a)

Assinatura e carimbo do (a) Orientador (a)



Hospital de Ensino

SANTA CASA

de Misericórdia de Fernandópolis

Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Fernandópolis | Fundada em 01/02/1948 | CNPJ 47.844.287/0001-08

Utilidade Pública | Decreto Federal nº 73.649 de 14/02/1974 | Lei Estadual nº. 8.138 de 01/06/1964 | Lei Municipal nº. 3 de 09/05/1962

LISTA DE CÓPIAS

As cópias devem ser legíveis e inteligíveis:

- (1) - RG (**deve ter menos de 10 anos**);
- (1) - CPF (**Cartão CPF, ou impresso emitido pelo site da Receita Federal**);
- (1) - Título de Eleitor;
- (1) - Carteira Nacional de Habilitação;
- (1) - Cartão SUS;
- (1) - Certidão de Nascimento ou Casamento;
- (1) - Carteira de Reservista (somente homens);
- (1) - Comprovante de Escolaridade ou Declaração de Matrícula;
- (1) - **Apólice** de Seguro de Vida;
- (1) - Cédula de Identidade de Estrangeiro - CIE (caso estrangeiro);
- (1) - Passaporte com visto permanente (caso estrangeiro);
- (1) - Certidão Negativa de Naturalização (caso estrangeiro);
- (1) - Carteira de Vacinação Atualizada (Frente e verso);
- (1) - Comprovante de residência atual;
- (1) - Laudo Deficiência;
- (1) - Registro de Identidade Civil – RIC (se possuir).

ORIGINAIS

- Foto 3x4 **DATADA** com no máximo 6 (seis) meses da data de entrega, (não aceitaremos fotos sem data);

Preenchimento da Empresa: Atestado Médico Ocupacional entregue em: _____

Entrega dos documentos e desta ficha preenchida é 30 DIAS antes do início dos estágios.