# ANEXO II - FICHA DE CADASTRO RPA – PROJETO TELESSAÚDE

Qualificação Cadastral E-social: <http://consultacadastral.inss.gov.br/Esocial/pages/index.xhtml>

|  |
| --- |
| **Função pretendida** |
|  | Psicólogo Clínico |  | Psicólogo – Psicoterapia Infantil |  | Médico Psiquiatra |

|  |
| --- |
| **Nome** |
|  |
| **Número do CPF** | **Data de Nascimento** |
|  |  |
| **Número do PIS/PASEP** | **Número da Identidade/Estado Emissor** |
|  |  |
| **Dados Bancário para pagamento**Os dados bancários fornecidos devem ser obrigatoriamente de titularidade do profissional/candidato |
| **Nome do Banco** |
|  |
| **Número da Agência** | **Número da Conta/Digito** | **Tipo de conta** |
|  |  |  |
| **Endereço Residencial** |
| **Endereço** |
|  |
| **Bairro** |
|  |
| **Cidade** | **Estado** | **Cep** |
|  |  |  |
| **Telefone residencial** | **Telefone celular** |
|  |  |
| **e-Mail** |
|  |
| **Assinatura do candidato** |
|  |