

UNIVERSIDADE FEDERAL DO TOCANTINS
CÂMPUS DE PALMAS
COMISSÃO DE RESIDÊNCIA MÉDICA

Avenida NS 15, Quadra 109 Norte, Plano Diretor Norte | 77001-090 | Palmas/TO
Sala 08, Bloco BALA I | Câmpus de Palmas
(63) 3229-4777 | www.uft.edu.br/coreme | coreme@uft.edu.br



CADASTRO BASE

Nome: _____ Matrícula: _____

CPF: _____ PIS/Pasep: _____ Estado Civil: _____

R.G.: _____ Órgão emissor: _____ Data: ____ / ____ / ____ Sexo: M F

Título de Eleitor: _____ Seção: ____ Zona: ____ Data: ____ / ____ / ____ UF: _____

Reservista: _____ RM: _____ Série: ____ Conselho de Classe: _____ nº: _____

CTPS: _____ Série: ____ UF: _____ Data do 1º emprego: ____ / ____ / ____

Deficiência física: () Sim () Não Se Houver, especificar: _____

Endereço: _____ Caixa Postal: _____

Bairro: _____ Cidade: _____ UF: ____ CEP: ____ - ____

Filiação: _____
e _____

Data de Nascimento: ____ / ____ / ____ Naturalidade: _____ UF: _____

Cor: Amarela Branca Indígena Parda Preta Não Declarada Tipo Sanguíneo: _____

Telefones: Residencial _____ Celular _____ Recados _____

E-mail: _____

ESCOLARIDADE (Preencher conforme titulação exigida no Edital)

Ensino Fundamental Instituição onde cursou o Ensino Fundamental: _____

Ensino Médio Instituição onde cursou o Ensino Médio: _____

Ensino Superior Instituição onde cursou o Ensino Superior: _____

Especialização Instituição onde cursou a Especialização: _____

Mestrado Instituição onde cursou o Mestrado: _____

Doutorado Instituição onde cursou o Doutorado: _____

Se estrangeiro: Naturalizado? Sim Não Caso afirmativo, desde: _____

Chegada no Brasil em: _____

Banco: _____ Conta nº: _____

Nome do Banco

Agência: _____

Nome da Agência

Local / Data

Assinatura do(a) Médico(a) Residente