|  |
| --- |
| **FORMULÁRIO PARA SOLICITAÇÃO DE CERTIFICADO - RESIDÊNCIA MÉDICA** |
| **A SER PREENCHIDO PELO REQUERENTE** OS CAMPOS DE NOME DEVERÃO CONTER A ACENTUAÇÃO E SER PREENCHIDO EM LETRA DE FORMA ANEXAR CÓPIA DA CERTIDÃO DA COREME E CRM/BA |

**I – DADOS PESSOAIS:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nome Completo (letra de forma)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nº de Matrícula** | **Nacionalidade** | **Naturalidade** | **UF** |
|  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Data de Nascimento** | **Sexo** | | **Nº do RG** | **Órgão Expedidor (Sigla)** | **UF** |
| \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ | □ MASCULINO | □ FEMININO |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **CRM – Conselho Regional de Medicina (nº do documento):** | **UF** | **CPF nº** |
|  |  |  |

**II – OBJETO DE SOLICITAÇÃO:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| □ CERTIFICADO | □ 1ª VIA | □ 2ª VIA |

|  |  |
| --- | --- |
| **Código do Curso (preenchido pelo NEDIC)** | **Nome do Curso:** |
|  |  |
|  | |
|  | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Declaro sob as penas da Lei, que a primeira via do meu Diploma ou Certificado foi:** | | | | |  |
| □ DANIFICADO | | □ EXTRAVIADO | □ INUTILIZADO | □ PERDIDO |  |
|  | **OBSERVAÇÕES:** | | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Telefone:** | **Data do Preenchimento:** | **Assinatura do Aluno ou Requerente:** |
|  | \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **COMPROVANTE DE SOLICITAÇÃO** | | | |
| **Nome do Aluno** | | | | |
|  | | | | |
| **Objeto do Requerimento** | | | | **Data** |
| □ **CERTIFICADO** | | | | \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ |
| **Telefone de Contato:** | | **e-mail de Contato:** | **Assinatura do Responsável:** | |
| **3283 7146** | | **nediclato@ufba.br** |  | |

**Prazo previsto para entrega do Certificado (O Núcleo não tem como prestar atendimento prioritário, pois atua com uma equipe muito reduzida):**

Certificado de Especialização - **90 dias úteis**; Declarações - **08 dias úteis**; 2ª via de Certificados (Graduação/Pós-Graduação) - **60 dias úteis.**