Instituto de Psiquiatria

Universidade Federal do Rio de Janeiro

Divisão de Ensino – Secretaria Acadêmica

CNPJ Nº 33.663.683/0025-93

FICHA DE MATRÍCULA

- ☐ Assistência a Usuários de Álcool e Drogas
- ☐ Atenção Psicossocial na Infância e Adolescência
- ☐ Clínica Psicanalítica
- ☐ Psicogeriatria
- ☐ Psiquiatria e Psicanálise com Crianças e Adolescentes
- ☐ Neuropsiquiatria Geriátrica
- ☐ Saúde Mental – Secretaria Municipal de Saúde
- ☐ Terapia de Família

USO EXCLUSIVO DA SECRETARIA ACADÊMICA

Registro do aluno

Operação: ☐ I - Incluir / A -Alterar

Admissão na Especialização (*Lato Sensu*)

Ano | Período | Mês

Nome do aluno

Pai

Mãe

Nascimento: Dia | Mês | Ano

Sexo: ☐ 1 – Masculino / 2 – Feminino

Estado Civil: ☐ 1 – Solteiro / 2 – Desquitado / 3 – Divorciado / 4 – Viúvo / 5 – Casado / 6 – Unido Consensualmente / 7 – Separado / 8 – Indeterminado

Nacionalidade: ☐ 1- Brasileira / 2 - Estrangeira / 3 - Bras.Naturalizado

Naturalidade /UF

CPF (LEGÍVEL) -

Registro Profissional | Órgão Expedidor | Data Expedição | UF

Identidade | Órgão Expedidor | Data Expedição | UF

Tipo sangüíneo: A | B | AB | O

Fator Rh: Positivo | Negativo

Cor: Branca | Amarela | Índia | Preta | Parda

Título de Eleitor | Zona | Seção | UF

Certificado Militar - - **ou** Certificado de Dispensa - Órgão Militar

Órgão Militar: ☐ Minist. Defesa ☐ Aeronáutica ☐ Marinha ☐ Exército ☐ C.Bombeiro ☐ Polícia Militar ☐ UF

Endereço

Bairro | Cidade | UF

CEP - | Prefixo | Telefone | Celular | Fax

e-mail

Declaro que assumo inteira responsabilidade quanto à veracidade das informações por mim prestadas neste formulário

Data: / / Ass. aluno(a):