



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL
DIRETORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO
DIVISÃO DE PÓS-GRADUAÇÃO LATO SENSU
Rodovia SC 484 – Km 02, Fronteira Sul,
CEP 89815-899, Telefone: (49) 2049-3747
latosensu@uffs.edu.br

REQUERIMENTO DE CERTIFICAÇÃO – RESIDÊNCIA MÉDICA

Eu inscrito(a) sob CPF ,
matrícula em razão do cumprimento de todos os requisitos exigidos, solicito a
emissão e registro de certificação no Programa de Residência Médica em
 da Universidade Federal da Fronteira Sul –
UFFS, *Campus* , no Campo de Prática .

, de de .
(cidade, dia, mês, ano)

Assinatura do(a) Residente Médico(a)

Para uso da biblioteca da UFFS

Não possui pendências

Possui a seguinte pendência

Servidor da Biblioteca
(assinatura e carimbo)

Para uso da COREME

- Certidão de Nascimento/Casamento
- CPF
- RG
- Diploma de Graduação
- Histórico Escolar de Graduação
- Registro no Conselho Regional de Medicina
- Atestado de Desempenho Acadêmico
- Número de Registro do Certificado na CNRM