UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE EDUCAÇÃO FÍSICA E DESPORTOS

	Nome:		
	Nome do Pai:		
	Nome da Mãe:		
	Data de nascimento:		
	Naturalidade:	Cidade:	Estado:
	Sexo: ( ) Feminino	( ) Masculino	
	Estado civil:		
	Nacionalidade: ( ) Brasileiro Nato; ( ) Brasileiro naturalizado;		
	( ) Equiparado ; ( ) Estrangeiro		
	Se estrangeiro, país de origem:		

ENDEREÇO:	
Logradouro:	
Bairro:	Município:
Estado:	CEP:
Telefone Residencial:	Telefone Celular:
E-mail:	
DOCUMENTOS DE IDENTIFICAÇÃO:	
CPF:	
Número da Carteira de identidade: Órgão emissor: Data da emissão: Estado:	
Número do Título eleitoral: Zona: Seção: Estado:	
Número do Certificado Militar: _____ Categoria: _____ Estado:_____ Órgão: ( ) Ministério da Aeronáutica ( ) Ministério do Exército ( ) Ministério da Marinha ( ) Corpo de Bombeiros ( ) Polícia Militar	
Número do Certificado de Dispensa Militar: SÉRIE: Estado: Órgão: ( ) Ministério da Aeronáutica ( ) Ministério do Exército ( ) Ministério da Marinha ( ) Corpo de Bombeiros ( ) Polícia Militar	

FORMAÇÕES ANTERIORES:
Nome do Curso de Graduação:
Universidade:
Estado:
Início do curso: **Término do curso:**