

# FICHA INDIVIDUAL PARA SERVIÇO MILITAR (FISEMI)

Decreto nº 63.704, de 29 de novembro de 1968  
(DIGITE AS INFORMAÇÕES OU PREENCHA A MÃO EM CAIXA ALTA)

NR INSCRIÇÃO

UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA CURSO DE GRADUAÇÃO EM FARMÁCIA

(Ano de Conclusão)

CAMPUS I, CIDADE UNIVERSITÁRIA, JOÃO PESSOA. CEP: 58051-900

PARAÍBA

## DADOS PESSOAIS

|                    |  |             |                 |               |  |
|--------------------|--|-------------|-----------------|---------------|--|
| NOME               |  |             |                 |               |  |
| NR IDENTIDADE:     |  | ORG. EXPED: |                 | CPF:          |  |
| DATA DE NASCIMENTO |  | UF:         |                 | MUNICÍPIO:    |  |
| FILIAÇÃO           | Pai: _____<br>Mãe: _____                                       |             |                 |               |  |
| ENDEREÇO           |  |             |                 |               |  |
|                    | (Rua)  |             | (NR)            | (Complemento) |  |
|                    |  |             |                 |               |  |
|                    | (Bairro)   |             | (Cidade)        | (Estado)      |  |
| E-mail:            |  |             | Fone:           |               |  |
| CEP:               |  |             |                 |               |  |
| ESTADO CIVIL:      |  |             | NR DEPENDENTES: |               |  |
| SEXO:              | <input type="radio"/> Masculino <input type="radio"/> Feminino |             |                 |               |  |

## DOCUMENTOS COMPROBATÓRIOS DE SITUAÇÃO MILITAR

(apenas para os candidatos do sexo masculino e oficiais R/2)

|                                    |  |         |  |         |  |        |
|------------------------------------|--|---------|--|---------|--|--------|
| Natureza:                          |  | NR R.A. |  |         |  |        |
| Organização Militar Expedidora:    |  |         |  |         |  |        |
| Tempo de Serviço Militar Prestado: |  | (anos)  |  | (meses) |  | (dias) |
| Posto ou Graduação:                |  |         |  |         |  |        |
| Arma / Serviço / Quadro:           |  |         |  |         |  |        |

## PRESTAÇÃO DO SERVIÇO MILITAR COMO FARMACÊUTICO

MARCAR SOMENTE UMA DAS OPÇÕES (preenchimento obrigatório)

Exército  Marinha  Aeronáutica  Qualquer força

VOLUNTÁRIO:  SIM  NÃO

insira a data de assinatura

ASSINATURA DO CANDIDATO(A)