



**CRM-TO**  
CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO TOCANTINS



**Formulário de Inscrição – Médico Fiscal**  
**Conselho Regional de Medicina do Tocantins – CRM/TO**

---

**IDENTIFICAÇÃO DO CANDIDATO**

**NOME:** \_\_\_\_\_

**SEXO:** ( ) F ( ) M

**FORMAÇÃO ACADÊMICA (GRADUAÇÃO):** \_\_\_\_\_

**DATA DE NASCIMENTO:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ **CIDADE:** \_\_\_\_\_ **UF:** \_\_\_\_\_ **PAÍS:** \_\_\_\_\_

**NACIONALIDADE:** \_\_\_\_\_

**CPF:** \_\_\_\_\_ **RG:** \_\_\_\_\_ **ÓRGÃO EMISSOR:** \_\_\_\_\_

**ENDEREÇO:** \_\_\_\_\_ **BAIRRO:** \_\_\_\_\_

**CIDADE:** \_\_\_\_\_ **UF:** \_\_\_\_\_ **CEP:** \_\_\_\_\_

**TELEFONE DE CONTATO:** \_\_\_\_\_

**E-MAIL:** \_\_\_\_\_

---

**Documentação Necessária**

(Anexar os documentos solicitados)

- Cópia do RG/CPF;
  - Comprovante de residência;
  - Certificado de Graduação ou Registro Profissional;
  - Anexo IV - Declaração de inexistência de impedimento – Edital pág. 19;
  - Anexo V - Declaração de ciência das responsabilidades e atribuições – Edital pág. 20;
  - Anexo VI - Declaração de condução de veículos oficiais do CRM/TO – Edital pág. 21;
-



**CRM-TO**  
CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO TOCANTINS



### **Declaração e Assinatura**

Declaro que as informações acima são verdadeiras e estou ciente das normas e exigências do curso.

**Assinatura do Candidato:** \_\_\_\_\_

**Data:** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_