



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
Pró-Reitoria de Extensão
Núcleo de Extensão UFSCar Saúde - NUSau
Núcleo de Residências em Saúde - NuReS
Comissão de Residência Multiprofissional em Saúde - COREMU
RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL - UFSCar - 2025

FICHA DE MATRÍCULA - RESIDENTE - UFSCar

PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM _____

INÍCIO: 01.03.2025

TÉRMINO PREVISTO: ____/____/____

IDENTIFICAÇÃO:

NOME:

NACIONALIDADE: _____

MUNICÍPIO: _____ **UF:** _____

DATA DO NASCIMENTO: ____/____/____ **GÊNERO: FEM () MAS ()**

ESTADO CIVIL: _____

RAÇA/COR: _____

NOME DO PAI: _____

NOME DA MÃE: _____

ENDEREÇO 1:

BAIRRO: _____ **CEP:** _____

E-MAIL: _____

TELEFONE RESIDENCIAL: (____) _____

ENDEREÇO 2:

BAIRRO: _____ **CEP:** _____

E-MAIL: _____

TELEFONE RESIDENCIAL: (____) _____

TELEFONE CELULAR: (____) _____

GRADUAÇÃO

INSTITUIÇÃO DA GRADUAÇÃO: _____

CURSO DA GRADUAÇÃO: _____

DATA DE GRADUAÇÃO: ____/____/____

DOCUMENTAÇÃO:

RG: _____ **ÓRGÃO EXPEDIDOR:** _____ **UF:** _____

DATA DE EXPEDIÇÃO: _____

CPF: _____

REGISTRO PROFISSIONAL _____ **UF:** _____

DATA DE INSCRIÇÃO: ____/____/____



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
Pró-Reitoria de Extensão
Núcleo de Extensão UFSCar Saúde - NUSau
Núcleo de Residências em Saúde - NuReS
Comissão de Residência Multiprofissional em Saúde - COREMU
RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL - UFSCar - 2025

TÍTULO DE ELEITOR: _____ **ZONA:** _____ **SEÇÃO** _____

DATA DE EXPEDIÇÃO: ____/____/____

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE - SUS: _____

TIPO SANGÜÍNEO: ABO: _____; **RH:** _____

Nº. PIS/PASEP/NIT: _____

PARA EFEITO DE PAGAMENTO DA BOLSA:
(BANCO DO BRASIL OU CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

BANCO: _____

AGÊNCIA: _____

CONTA CORRENTE: _____

SEGURO:

SEGURADORA:

NÚMERO DA APÓLICE:

EM CASO DE URGÊNCIA, AVISAR:

NOME: _____

GRAU DE PARENTESCO: _____

TELEFONES: (____) _____ (____) _____

Ciente dos termos estabelecidos no **Regimento Interno da COREMU-UFSCar**, no **Projeto Pedagógico do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde em** _____, nas **Normativas Institucionais disponíveis no endereço eletrônico <https://www.proex.ufscar.br/residenciasufscar/residenciasmultiprofissionaisaensaude>** e na **LEI Nº 11.129, DE 30 DE JUNHO DE 2005 e Resolução CNRMS nº 2, de 13 de abril de 2012**, comprometo-me a cumpri-las de forma integral. Comprometo-me ainda, a cumprir a com exclusividade, sob supervisão, as atividades que me foram propostas dentro do Projeto Pedagógico do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde, dentro da carga horária de 60 horas semanais a partir de 01/03/2025.

São Carlos, _____ de _____ de 2025.



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS

Pró-Reitoria de Extensão

Núcleo de Extensão UFSCar Saúde - NUSau

Núcleo de Residências em Saúde - NuReS

Comissão de Residência Multiprofissional em Saúde - COREMU

RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL - UFSCar - 2025

Nome do(a) Residente

**Nome do(a) Coordenador(a) da COREMU –
UFSCar**

Assinatura do(a) Residente

**Assinatura do(a) Coordenador(a) da COREMU -
UFSCar**