



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS

Pró-Reitoria de Extensão

Departamento de Medicina - DMed

Comissão de Residência Médica – COREME

RESIDÊNCIA MÉDICA – UFSCar – 2024

**FICHA DE MATRÍCULA - MÉDICO RESIDENTE - UFSCar**

**PROGRAMA DE RESIDÊNCIA:** PRM em \_\_\_\_\_

**INÍCIO:** 01.03.2024

**TÉRMINO PREVISTO:** \_\_/\_\_/\_\_\_\_

**IDENTIFICAÇÃO:**

**NOME:**

\_\_\_\_\_

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

**MUNICÍPIO:** \_\_\_\_\_ **UF:** \_\_\_\_\_

**DATA DO NASCIMENTO:** \_\_/\_\_/\_\_\_\_ **SEXO:** FEM ( ) MAS ( )

**ESTADO CIVIL:** \_\_\_\_\_

**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 EM MEDICINA:** \_\_\_\_\_

**DATA DE GRADUAÇÃO:** \_\_/\_\_/\_\_\_\_

**DOCUMENTAÇÃO:**

**RG:** \_\_\_\_\_ **ÓRGÃO EXPEDIDOR:** \_\_\_\_\_ **UF:** \_\_\_\_\_

**DATA DE EXPEDIÇÃO:** \_\_\_\_\_

**CPF:** \_\_\_\_\_ **SIAPE:** \_\_\_\_\_ (Uso da COREME)

**CRM** \_\_\_\_\_ **UF:** \_\_\_\_\_ **DATA DE INSCRIÇÃO:** \_\_/\_\_/\_\_\_\_ (em caso de inscrição em outro estado, a título provisório).

**CRM** \_\_\_\_\_ **UF:** \_\_\_\_\_ **DATA DE INSCRIÇÃO:** \_\_/\_\_/\_\_\_\_

**TÍTULO DE ELEITOR:** \_\_\_\_\_ **ZONA:** \_\_\_\_\_ **SEÇÃO** \_\_\_\_\_

**DATA DE EXPEDIÇÃO:** \_\_/\_\_/\_\_\_\_



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS

Pró-Reitoria de Extensão

Departamento de Medicina - DMed

Comissão de Residência Médica – COREME

**RESIDÊNCIA MÉDICA – UFSCar – 2024**

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE - SUS: \_\_\_\_\_

NO. INSS (PIS/PASEP): \_\_\_\_\_

TIPO SANGUÍNEO: ABO: \_\_\_\_\_; RH: \_\_\_\_\_

**PARA EFEITO DE PAGAMENTO DA BOLSA:**

(BANCO DO BRASIL OU CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_

CONTA CORRENTE: \_\_\_\_\_

**SEGURO:**

SEGURADORA: PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS

NÚMERO DA APÓLICE: 0982.001462654

**EM CASO DE URGÊNCIA, AVISAR:**

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

GRAU DE PARENTESCO: \_\_\_\_\_

TELEFONES:(\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Ciente dos termos estabelecidos no **Regimento Interno da COREME-UFSCar**, no **Projeto Pedagógico do Programa de Residência Médica em \_\_\_\_\_**, nas **Normativas Institucionais disponíveis no endereço eletrônico <https://www.proex.ufscar.br/residenciasufscar/residenciasmedicas>** e na **Resolução CNRM no. 17 de 21 de dezembro de 2022 (Artigo 36)**, 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 Médica, dentro da carga horária de 60 horas semanais a partir de 01/03/2024.

São Carlos, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2024.

\_\_\_\_\_  
Nome do Médico Residente  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Nome do Coordenador da COREME – UFSCar  
\_\_\_\_\_



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS**

**Pró-Reitoria de Extensão**

**Departamento de Medicina - DMed**

**Comissão de Residência Médica – COREME**

**RESIDÊNCIA MÉDICA – UFSCar – 2024**

**Assinatura do Médico Residente**

**Assinatura do Coordenador da COREME -  
UFSCar**