



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
Pró-Reitoria de Extensão
Núcleo de Extensão UFSCar Saúde - NUSau
Núcleo de Residências em Saúde - NuReS
Comissão de Residência Médica – COREME/UFSCar
RESIDÊNCIA MÉDICA – UFSCar – 2026

FICHA DE MATRÍCULA - MÉDICO RESIDENTE - UFSCar

PROGRAMA DE RESIDÊNCIA: PRM em _____

INÍCIO: 01.03.2026

TÉRMINO PREVISTO: ____/____/____

IDENTIFICAÇÃO:

NOME: _____

NOME SOCIAL: _____

NACIONALIDADE: _____

MUNICÍPIO: _____ **UF:** _____

DATA DO NASCIMENTO: ____/____/____ **GÊNERO:** 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: _____

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

CRM _____ **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 Médica – COREME/UFSCar

RESIDÊNCIA MÉDICA – UFSCar – 2026

TÍTULO DE ELEITOR: _____ ZONA: _____ SEÇÃO _____

DATA DE EXPEDIÇÃO: ____/____/____

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE - SUS: _____

NO. INSS (PIS/PASEP): _____

TIPO SANGÜÍNEO: ABO: _____; RH: _____

PARA EFEITO DE PAGAMENTO DA BOLSA DEVERÁ TER CONTA CORRENTE (CONTA INDIVIDUAL) E CADASTRAR-SE NO SIG-RESIDÊNCIAS (RECEBERÁ INSTRUÇÕES APÓS A EFETIVAÇÃO DA MATRÍCULA).

SEGURO:

SEGURADORA: ALLSEG SEGURADORA S.A

NÚMERO DA APÓLICE: 1008200020357

EM CASO DE URGÊNCIA, AUTORIZO CHAMAR/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 (Regulamento de Programas de Residência Médica, Normativas sobre subsídios de alimentação, na LEI Nº 11.129, DE 30 DE JUNHO DE 2005 e Resolução CNRM nº 2, de 13 de abril de 2012, e Resolução CNRM no.17 de 21 de dezembro de 2022, disponíveis no endereço eletrônico

<https://www.residencias.ufscar.br/pt-br/residencias-medicas/documentos>,

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 em _____, dentro da carga horária de 60 horas semanais a partir de 01/03/2026.

São Carlos, _____ de _____ de 2026.



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
Pró-Reitoria de Extensão
Núcleo de Extensão UFSCar Saúde – NUSau
Núcleo de Residências em Saúde - NuReS
Comissão de Residência Médica – COREME/UFSCar
RESIDÊNCIA MÉDICA – UFSCar – 2026

Nome do Médico Residente	Nome do Coordenador da COREME – UFSCar
Assinatura do Médico Residente	Assinatura do Coordenador da COREME - UFSCar