

Anexo I - FICHA DE MATRÍCULA

APÊNDICE 1

FICHA DE MATRÍCULA - MÉDICO RESIDENTE - UFSCar

PROGRAMA DE RESIDÊNCIA: PRM em _____

INÍCIO: 01.03. _____

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-SP _____ DATA DE INSCRIÇÃO: ____/____/____

TÍTULO DE ELEITOR: _____ ZONA: _____ SEÇÃO _____

DATA DE EXPEDIÇÃO: ____/____/____

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE - SUS: _____

NO. INSS (PIS/PASEP): _____

TIPO SANGUÍNEO: 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: _____

NÚMERO DA APÓLICE: _____

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 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 01/03/2026.

São Carlos, _____ de _____ de 2026.

Nome do Médico Residente

Nome do Coordenador da COREME – UFSCar

Assinatura do Médico Residente

Assinatura do Coordenador da COREME - UFSCar