



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 - 2026

FICHA DE MATRÍCULA - RESIDENTE - UFSCar

PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM _____

INÍCIO: 01.03.2026

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 - 2026

TÍTULO DE ELEITOR: _____ ZONA: _____ SEÇÃO: _____

DATA DE EXPEDIÇÃO: ____ / ____ / ____

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE - SUS: _____

TIPO SANGUÍNEO: ABO: _____; RH: _____

Nº. PIS/PASEP/NIT: _____

PARA EFEITO DE PAGAMENTO DA BOLSA:

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/residenciasmultiprofissionaisemsaude>** 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 01/03/2026.

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 Multiprofissional em Saúde - COREMU

RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL - UFSCar - 2026

Nome do(a) Residente

Nome do(a) Coordenador(a) da COREMU –

UFSCar

Assinatura do(a) Residente

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

UFSCar