



**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 SANGÜÍNEO: 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/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 01/03/2026.

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**