



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: _____

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: _____

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: ALLSEG SEGURADORA S.A
NÚMERO DA APÓLICE: 1008200020357

EM CASO DE URGÊNCIA, AUTORIZA CHAMAR/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, na LEI Nº 11.129, DE 30 DE JUNHO DE 2005 e Resolução CNRMS nº 2, de 13 de abril de 2012, disponíveis no endereço eletrônico <https://www.residencias.ufscar.br/pt-br/residencias-multiprofissionais/documentos>, comprometo-me a cumpri-las de forma integral.

Comprometo-me ainda, a cumprir 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 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