



**Universidade do Estado do Pará**  
**Centro de Ciências Biológicas e da Saúde**  
**Fundação Pública Estadual Hospital de Clínicas Gaspar Vianna – FPEHCGV**  
**Hospital Metropolitano de Urgência e Emergência - HMUF**  
**Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará - FSCMPA**  
**Hospital Regional de Santarém.**

**MATRÍCULA DO  
ALUNO**

**FORMULÁRIO CADASTRAL DE MATRÍCULA**

**Programa de Residência Multiprofissional em Saúde em:**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Estratégia Saúde da Família          | <input type="checkbox"/> Atenção a Saúde da Mulher e da Criança/FSCMPA |
| <input type="checkbox"/> Atenção a Saúde mental/FPEHCGV       | <input type="checkbox"/> Nefrologia/ FPEHCGV                           |
| <input type="checkbox"/> Atenção a Saúde cardiovascular/      | <input type="checkbox"/> Trauma-ortopedia - Santarém                   |
| <input type="checkbox"/> Urgência e Emergência no Trauma/HMUE | <input type="checkbox"/> Atenção em hemoterapia e hematologia          |
| <input type="checkbox"/> Oncologia- Cuidados Paliativos / HOL |  |

NOME DO ALUNO: \_\_\_\_\_

FILIAÇÃO { Mãe: \_\_\_\_\_  
 Pai: \_\_\_\_\_

DATA DE NASCIMENTO: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ NACIONALIDADE: \_\_\_\_\_ NATURALIDADE: \_\_\_\_\_

ESTADO CIVIL: \_\_\_\_\_ GRUPO SANGUÍNEO: \_\_\_\_\_ CPF Nº: \_\_\_\_\_

IDENTIDADE (RG) Nº \_\_\_\_\_ ÓRGÃO EMISSOR: \_\_\_\_\_ DATA DE EXPEDIÇÃO: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

CONSELHO Nº \_\_\_\_\_ PIS/PASEP: \_\_\_\_\_ DATA DO PRIMEIRO EMPREGO: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

TÍTULO ELEITORAL: \_\_\_\_\_ DATA DE EXPEDIÇÃO: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ MUNICÍPIO: \_\_\_\_\_ ZONA: \_\_\_\_\_  
 SEÇÃO: \_\_\_\_\_

CERT. DE ALISTAMENTO: \_\_\_\_\_ ÓRGÃO EXPEDIÇÃO: \_\_\_\_\_ DATA DE EXPEDIÇÃO: \_\_\_\_\_ SÉRIE: \_\_\_\_\_

ENDEREÇO: \_\_\_\_\_

BAIRRO: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_ CIDADE: \_\_\_\_\_ ESTADO: \_\_\_\_\_

TELEFONES: \_\_\_\_\_ E-MAIL: \_\_\_\_\_

BANCO: ( ) BANCO DO BRASIL ( ) CAIXA ECONÔMICA AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA CORRENTE: \_\_\_\_\_

DEPENDENTES: ( ) SIM ( ) NÃO

NOME COMPLETO DOS DEPENDENTES	DATA DE NASCIMENTO DOS DEPENDENTES	PARENTESCO DOS DEPENDENTES

CURSO DE GRADUAÇÃO: \_\_\_\_\_ CONCLUSÃO: \_\_\_\_\_ CIDADE/ESTADO: \_\_\_\_\_

INSTITUIÇÃO DE ENSINO: \_\_\_\_\_





Universidade do Estado do Pará  
Centro de Ciências Biológicas e da Saúde  
Fundação Pública Estadual Hospital de Clínicas Gaspar Vianna – FPEHCGV  
Hospital Metropolitano de Urgência e Emergência - HMUF  
Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará - FSCMPA  
Hospital Regional de Santarém.

### DOCUMENTOS ENTREGUES:

- ( ) Termo de Compromisso
- ( ) 02 fotos 3x4
- ( ) Cópia autenticada do diploma de graduação
- ( ) Documento que comprove que o candidato concluirá o curso de graduação antes do início das aulas da RMS
- ( ) Duas cópias da carteira do Registro no Conselho Regional
- ( ) Cópia do comprovante de inscrição no Conselho Regional
- ( ) Duas cópias do RG
- ( ) Duas cópias do CPF
- ( ) Duas cópias de visto para estrangeiros
- ( ) Número do PIS/PASEP
- ( ) Número da conta salário
- ( ) Declaração de não possuir vínculo empregatício
- ( ) Cópia do comprovante do Seguro de Acidentes

BELÉM \_\_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_ DE 2017.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do (a) Aluno (a) ou Procurador (a) Legal

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Funcionário – COREMU/CCBS/UEPA

