



Universidade do Estado do Pará
 Centro de Ciências Biológicas e da Saúde
 Fundação 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.
 Fundação Centro de Hematologia e Hemoterapia do Pará - HEMOPA
FORMULÁRIO CADASTRAL DE MATRÍCULA

**MATRÍCULA
DO ALUNO:**

Programa de Residência Multiprofissional e em Área profissional da Saúde em:

- () PRM Estratégia Saúde da Família – UEPA - Belém
- () PRM Trauma-ortopedia – HRBA - Santarém
- () PRM Estratégia Saúde da Família – SEMUSB - Bragança
- () PRM Oncologia – HRBA - Santarém
- () PRM Atenção a Saúde mental - FPEHCGV
- () PRM Oncologia- Cuidados Paliativos - HOL
- () PRM Atenção a Saúde cardiovascular - FPEHCGV
- () UNIPROSSIONAL – Cirurgia Bucomaxilofacial
- () PRM Nefrologia - FPEHCGV
- () UNIPROSSIONAL – Enfermagem – Oncológica
- () PRM Urgência e Emergência no Trauma - HMUE
- () UNIPROSSIONAL – Enfermagem em Centro de Terapia Intensiva
- () PRM Atenção a Saúde da Mulher e da Criança/FSCMPA
- () UNIPROSSIONAL – Enfermagem em Clínica Cirúrgica Oncológica
- () PRM Atenção em Hemoterapia e Hemaologia - HEMOPA

NOME DO ALUNO: _____

FILIAÇÃO { Mãe: _____
 Pai: _____

DATA DE NASCIMENTO: ___/___/___ NACIONALIDADE: _____ NATURALIDADE: _____

ESTADO CIVIL: _____ GRUPO SANGÜÍNEO: _____ 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: _____

CERTIFICADO DE ALISTAMENTO: _____ ÓRGÃO EXPEDIÇÃO: _____ DATA DE EXPEDIÇÃO: _____ SÉRIE: _____

ENDEREÇO: _____

BAIRRO: _____ CEP: _____ CIDADE: _____ ESTADO: _____

TELEFONES: _____ E- MAIL: _____

BANCO: () BANCO DO BRASIL () AGÊNCIA: _____ CONTA CORRENTE: _____ DEPENDENTES: () SIM () NÃO

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





Universidade do Estado do Pará
Centro de Ciências Biológicas e da Saúde
Fundação 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.
Fundação Centro de Hematologia e Hemoterapia do Pará- HEMOPA

CURSO DE GRADUAÇÃO: _____ CONCLUSÃO: _____ CIDADE/ESTADO: _____

INSTITUIÇÃO DE ENSINO: _____

DOCUMENTOS ENTREGUES:

- Termo de Compromisso
- foto 3x4
- cópia autenticada do diploma de graduação
ou cópia autenticada de documento que comprove que o candidato concluirá o curso
de graduação antes do início das aulas da RMS
- cópia da carteira do Registro no Conselho Regional
- cópia do comprovante de inscrição no Conselho Regional
- cópia do RG
- cópia do CPF
- cópia de visto para estrangeiros
- número do PIS/PASEP
- número da conta corrente
- declaração preenchida para abertura de conta corrente
- cópia do comprovante do Seguro de Acidentes
- Comprovante de Conclusão de PRAPS, ou declaração que comprove que o
candidato finalizou o curso antes do período de matrícula

BELÉM _____ DE _____ DE 2024.

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

Assinatura do Funcionário – COREMU/CCBS/UEPA



Centro de Ciências Biológicas e da Saúde
Comissão de Residência Multiprofissional em Saúde-COREMU
Trav. Perebebuí, nº 2623 – Marco/CEP: 66087-670
Fone/Fax: (91)3131-1726
E-mail: coremu_uepa@yahoo.com.br

