

**ANEXO XV - REQUERIMENTO DE MATRÍCULA**  
**Secretaria-Geral**

**É imprescindível o preenchimento completo, sem abreviações, de forma legível dos dados.  
 Em caso de dúvidas, entre em contato com a Secretaria Geral.**

Ilma Sra: ANDRA APARECIDA DA SILVA DIONÍZIO			
Coordenadora da: Comissão de Residência Multiprofissional em Saúde – COREMU			
Venho através deste, solicitar minha matrícula conforme descrito nos campos abaixo:			
Nome:		Nº Matrícula:	
Nome Social (se possuir):			
Curso:		( X ) R1 ( ) R2 ( ) R3	
Unidade: HUCF/UNIMONTES		Ano Início: 2025	Ano Término Previsto: 2027
Pai:			
Mãe:			
Data Nascimento:	Sexo: ( ) Feminino ( ) Masculino	Estado Civil: ( ) Solteiro ( ) Casado ( ) Outro	
Naturalidade:	UF:	Nacionalidade:	
Banco:	Agência:	Número da conta corrente:	
Nº de CNS:		CPF:	
Nº Identidade:	Órgão Exped.:	UF:	Data Exped.:
Título Eleitoral:	Zona:	Seção:	Nº Registro Conselho (CRM/COREN/CRO/Outros):
<b>Documento Militar:</b> <input type="checkbox"/> Cert. Dispensa de Incorporação <input type="checkbox"/> Cert. Alistamento Militar <input type="checkbox"/> Certificado de Reservista <input type="checkbox"/> Certificado de Isenção Militar		Nº	Órgão Exped.:
Endereço:			Compl.:
Bairro:		Cidade:	
CEP:	UF:	Telefone:	Celular:
Grupo Sanguíneo:		PIS / PASEP:	
Data do Primeiro Emprego:		Profissão:	
Data de Início da Residência:		Data de Término da Residência:	
Nº de dependentes:		E-Mail:	
Estabelecimento Ensino de Graduação:			
Tipo de Ensino Graduação: <input type="checkbox"/> Público <input type="checkbox"/> Privado		Data de Conclusão da Graduação: _____ / _____ / _____	
Cidade do Estabelecimento Ensino Graduação:			UF:
<b>FORMA DE INGRESSO:</b>		<b>DOCUMENTOS ENTREGUES:</b>	
<input checked="" type="checkbox"/> Processo Seletivo EDITAL COTEPS 1/2025 <input type="checkbox"/> Processo Seletivo – Cotec/Ano <input type="checkbox"/> Outros:		<input type="checkbox"/> Declaração de Conclusão <input type="checkbox"/> CPF <input type="checkbox"/> Carteira de Identidade <input type="checkbox"/> Certidão Militar <input type="checkbox"/> Registro Civil <input type="checkbox"/> Foto 3x4 <input type="checkbox"/> Comprovante de Quitação <input type="checkbox"/> Outros Eleitoral <input type="checkbox"/> Carteira de Registro Profissional	

<b>Cor/Raça declarada:</b> <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Branca <input type="checkbox"/> Indígena <input type="checkbox"/> Não declarada <input type="checkbox"/> Não dispõe da informação <input type="checkbox"/> Parda <input type="checkbox"/> Preta	<b>É portador de necessidades especiais, transtorno global do desenvolvimento ou altas habilidades/superdotação?</b> <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Se positivo, marque o tipo abaixo: <table border="0"> <tr> <td data-bbox="414 197 796 485"> <input type="checkbox"/> Cegueira           <input type="checkbox"/> Visão subnormal ou Baixa visão           <input type="checkbox"/> Física           <input type="checkbox"/> Múltipla           <input type="checkbox"/> Autismo (Transtorno global do desenvolvimento)           <input type="checkbox"/> Síndrome de Asperger (Transtorno global do desenvolvimento)           <input type="checkbox"/> Síndrome de RETT (Transtorno global do desenvolvimento)           <input type="checkbox"/> Transtorno desintegrativo da infância (Transtorno global do desenvolvimento)           <input type="checkbox"/> Altas habilidades/ superdotação           <input type="checkbox"/> Outra:       </td> <td data-bbox="796 197 1114 485"> <input type="checkbox"/> Surdez           <input type="checkbox"/> Auditiva           <input type="checkbox"/> Surdo cegueira           <input type="checkbox"/> Intelectual       </td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> Cegueira <input type="checkbox"/> Visão subnormal ou Baixa visão <input type="checkbox"/> Física <input type="checkbox"/> Múltipla <input type="checkbox"/> Autismo (Transtorno global do desenvolvimento) <input type="checkbox"/> Síndrome de Asperger (Transtorno global do desenvolvimento) <input type="checkbox"/> Síndrome de RETT (Transtorno global do desenvolvimento) <input type="checkbox"/> Transtorno desintegrativo da infância (Transtorno global do desenvolvimento) <input type="checkbox"/> Altas habilidades/ superdotação <input type="checkbox"/> Outra:	<input type="checkbox"/> Surdez <input type="checkbox"/> Auditiva <input type="checkbox"/> Surdo cegueira <input type="checkbox"/> Intelectual
<input type="checkbox"/> Cegueira <input type="checkbox"/> Visão subnormal ou Baixa visão <input type="checkbox"/> Física <input type="checkbox"/> Múltipla <input type="checkbox"/> Autismo (Transtorno global do desenvolvimento) <input type="checkbox"/> Síndrome de Asperger (Transtorno global do desenvolvimento) <input type="checkbox"/> Síndrome de RETT (Transtorno global do desenvolvimento) <input type="checkbox"/> Transtorno desintegrativo da infância (Transtorno global do desenvolvimento) <input type="checkbox"/> Altas habilidades/ superdotação <input type="checkbox"/> Outra:	<input type="checkbox"/> Surdez <input type="checkbox"/> Auditiva <input type="checkbox"/> Surdo cegueira <input type="checkbox"/> Intelectual		

#### TERMO DE CIÊNCIA

DECLARO estar ciente de que ao efetivar minha matrícula neste **PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL E EM ÁREA PROFISSIONAL DE SAÚDE DA UNIMONTES**, estarei aceitando o cumprimento de suas normas Estatutárias e Regimentais, bem como das demais decisões dos Conselhos Superiores.

#### MATRÍCULA EM INSTITUIÇÃO DE ENSINO SUPERIOR

Em conformidade com as Normas para Regulamentação do Ensino nos Cursos de Pós-Graduação (Lato Sensu) da UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MONTES CLAROS – UNIMONTES, DECLARO não estar matriculado(a) em outra Instituição de Ensino Superior Pública. Declaro ainda, estar ciente de que devo comunicar a esse órgão qualquer alteração que venha a ocorrer na condição ora declarada, enquanto durar o vínculo com a Universidade Estadual de Montes Claros.

#### TERMO DE RESPONSABILIDADE DOCUMENTOS PENDENTES

DECLARO, estar ciente que deverei complementar a minha documentação junto a Secretaria Geral, no prazo máximo de 30 (trinta), dias sob pena de ser CANCELADA minha matrícula, por não atender as exigências legais previstas no Edital de Processo Seletivo e nas Normas da COREMU da UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MONTES CLAROS - UNIMONTES.

**Declaro** que as informações supracitadas são verdadeiras.

\_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura legível do residente

\_\_\_\_\_  
Assinatura Responsável pela matrícula

	<b>UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MONTES CLAROS</b>	<b>RECIBO de Requerimento de Matrícula</b>
<b>Nº de Matrícula:</b>	<b>Nome: SECRETARIA DE RESIDÊNCIAS - COREMU</b>	
<b>Curso:</b>	<input checked="" type="checkbox"/> R1 <input type="checkbox"/> R2 <input type="checkbox"/> R3	<b>Ano de Início: 2025</b>
Montes Claros, _____ de _____ de 2025.	_____ Assinatura do Servidor	
<b>Obs:</b> Sua matrícula só será confirmada após o despacho do Coordenador Geral da Coreme ou Coremu. Fique atento ao período de renovação de matrículas, efetue a sua online através o portal da UNIMONTES ( <a href="http://www.unimontes.br">www.unimontes.br</a> ).		