

## 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> (   ) Cert. Dispensa de Incorporação      (   ) Cert. Alistamento Militar (   ) Certificado de Reservista              (   ) Certificado de Isenção Militar			Nº		Órgão Exped.: RM:
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>  (X) Processo Seletivo EDITAL COTEPS 1/2025  (   ) Processo Seletivo – Cotec/Ano  (   ) Outros:			<b>DOCUMENTOS ENTREGUES:</b>		
			(   ) Declaração de Conclusão                      (   ) CPF (   ) Carteira de Identidade                      (   ) Certidão Militar (   ) Registro Civil                      (   ) Foto 3x4 (   ) Comprovante de Quitação                      (   ) Outros Eleitoral (   ) 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> ( ) Sim    ( ) Não  Se positivo, marque o tipo abaixo: <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <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:           </div> <div> <input type="checkbox"/> Surdez  <input type="checkbox"/> Auditiva  <input type="checkbox"/> Surdo cegueira  <input type="checkbox"/> Intelectual           </div> </div>
---	--

#### 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>		
Curso:	( X ) R1   ( ) R2   ( ) R3	Ano de Início: 2025	
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> ).			