

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: 2024	Ano Término Previsto: 2026
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):
Documento Militar: () 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:
FORMA DE INGRESSO: (X) Processo Seletivo Simplificado Unimontes / Ano: 2024 () Processo Seletivo – Cotec/Ano () Outros:		DOCUMENTOS ENTREGUES: () Declaração de Conclusão () CPF () Carteira de Identidade () Certidão Militar () Registro Civil () Foto 3x4 () Comprovante de Quitação Eleitoral () Outros () Carteira de Registro Profissional	

Cor/Raça declarada: <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	É portador de necessidades especiais, transtorno global do desenvolvimento ou altas habilidades/superdotação? () Sim () Não Se positivo, marque o tipo abaixo: <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

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MONTES CLAROS		RECIBO de Requerimento de Matrícula	
Nº de Matrícula:	Nome: SECRETARIA DE RESIDÊNCIAS - COREMU		
Curso:	(X) R1 () R2 () R3	Ano de Início: 2024	
Montes Claros, _____ de _____ de 2024.	_____ Assinatura do Servidor		
<p>Obs: 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 do portal da UNIMONTES (www.unimontes.br).</p>			