

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):
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 EDITAL COTEPS 5/2024 () 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	

<p>Cor/Raça declarada:</p> <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	<p>É portador de necessidades especiais, transtorno global do desenvolvimento ou altas habilidades/superdotação? () Sim () Não</p> <p>Se positivo, marque o tipo abaixo:</p> <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:
<p style="text-align: center;">TERMO DE CIÊNCIA</p> <p>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.</p> <p style="text-align: center;">MATRÍCULA EM INSTITUIÇÃO DE ENSINO SUPERIOR</p> <p>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.</p> <p style="text-align: center;">TERMO DE RESPONSABILIDADE DOCUMENTOS PENDENTES</p> <p>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.</p> <p style="text-align: center;">Declaro que as informações supracitadas são verdadeiras.</p> <p style="text-align: center;">_____, de _____ de _____.</p> <p style="text-align: center;">_____</p> <p style="text-align: center;">Assinatura legível do residente</p> <p style="text-align: center;">_____</p> <p style="text-align: center;">Assinatura Responsável pela matrícula</p>	

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: 2025	
Montes Claros, _____ de _____ de 2025.	_____		
	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 o portal da UNIMONTES (www.unimontes.br).</p>			