



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
COMISSÃO DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL

Foto 3x4

FORMULÁRIO DE MATRÍCULA

1. Dados Pessoais e de Formação

Nome completo: _____

Sexo: M () F () Data de Nascimento: ____/____/____ Naturalidade: _____ UF: _____

Grupo Sanguíneo: A () B () AB () O () Fator RH: Positivo () Negativo ()

Nome do Pai: _____

Nome do Mãe: _____

Graduação: _____ Data da colação de grau: ____/____/____

Instituição de Graduação: _____ UF: _____

Deficiente Físico? Sim () Não () Tipo de Deficiência: _____

2. Documentos Pessoais

CPF: _____

Carteira de Identidade Nº _____

Órgão Expedidor: _____

UF: _____

Data de Expedição _____

Sigla Conselho de Classe: _____ UF: _____

Nº de inscrição: _____

3. Programa de Residência

Nome do Programa: _____

Início: ____/____/____

Previsão de término: ____/____/____

4. Endereço e Dados de contato

Logradouro: _____

Número/Complemento: _____

CEP: _____

Bairro: _____ Cidade: _____ UF: _____

Telefone com whatsapp: () _____ E-mail: _____

Autorizo a inclusão do meu número de celular no grupo de WhatsApp da turma de residentes, para envio de comunicados e orientações importantes. Autorizo ainda a disponibilidade do meu número de celular e e-mail para os demais setores das instituições nas quais o programa atua exclusivamente para fins

administrativos, acadêmicos e assistenciais relacionados à residência, nos termos da Lei Geral de Proteção de Dados (Lei 13.709/2018).

Obs.: É de responsabilidade do profissional de saúde residente manter seus contatos atualizados.

Declaro estar ciente de minhas atribuições como profissional de saúde residente e comprometo-me a cumprir integralmente os preceitos estabelecidos no Regimento Interno do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde e em Área Profissional da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo e Órgãos Associados, nas normas internas da Universidade Federal do Espírito Santo, na legislação e nos demais normativos aplicáveis aos Programas de Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde.

Estou ciente de que o descumprimento das normas aplicáveis poderá implicar na aplicação das sanções previstas na legislação vigente e nas normas institucionais pertinentes.

Estou ciente de que o programa de residência deve ser cursado em regime de dedicação exclusiva, sendo incompatível com qualquer outra atividade profissional ou de trabalho com recompensa indenizatória, além de incompatível com a frequência a qualquer atividade formativa que exija dispensa da assiduidade integral às 60 horas semanais.

Declaro, sob a minha inteira responsabilidade, serem exatas e verdadeiras as informações que prestei no presente formulário e **estou ciente** de que a prestação de informações falsas ou omissas poderá implicar na aplicação das sanções administrativas, civis e penais cabíveis, nos termos da legislação vigente.

Vitória/ES, _____ de _____ de 2026.

Assinatura