



**UNIVERSIDADE DO ESTADO DO PARÁ - UEPA
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS DA SAÚDE - CCBS**

FORMULÁRIO CADASTRAL DE MATRÍCULA

Programas de Residência Multiprofissional e Uniprofissional em Saúde em:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Estratégia saúde da Família | <input type="checkbox"/> Enfermagem em CTI-HOL |
| <input type="checkbox"/> Atenção a saúde mental\FPEHCGV | <input type="checkbox"/> Enfermagem em Clínica Cirúrgica-HOL |
| <input type="checkbox"/> Atenção a saúde cardiovascular\FPEHCGV | <input type="checkbox"/> Oncológica-Santarém /HRBA |
| <input type="checkbox"/> Urgência e Emergência no Trauma\HMUE | <input type="checkbox"/> Atenção Básica Saúde da Família-Bragança |
| <input type="checkbox"/> Oncologia- cuidados paliativos | <input type="checkbox"/> Saúde da Mulher e da Criança-Ananindeua/SESAU |
| <input type="checkbox"/> Nefrologia | <input type="checkbox"/> Atenção em Terapia Intensiva Adulto Pediátrica e neonatal- STM/ UEPA |
| <input type="checkbox"/> Hemoterapia/Hematologia | <input type="checkbox"/> Atenção Saúde Mental -Tucuruí/UEPA |
| <input type="checkbox"/> Ortopedia e Traumatologia-HRBA/STM | <input type="checkbox"/> Saúde da Família com Ênfase em redes de Atenção à Saúde-Tucuruí/UEPA |
| <input type="checkbox"/> Atenção a saúde da mulher e da criança FSCMPA | |
| <input type="checkbox"/> Enfermagem Oncológica-HOL | |
| <input type="checkbox"/> Cirurgia Buco-maxilo Facial-HOL | |

NOME DO ALUNO: _____

FILIAÇÃO { Mãe: _____
Pai: _____

DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____ NACIONALIDADE: _____ NATURALIDADE: _____

ESTADO CIVIL: _____ GRUPO SANGUÍNEO: _____ IDENTIDADE (RG) Nº _____

ÓRGÃO EMISSOR: _____ DATA DE EXPEDIÇÃO: ____/____/____ CPF Nº: _____

Conselho N ° _____ TÍTULO ELEITORAL: _____ DATA DE EXPEDIÇÃO: ____/____/____

MUNICÍPIO: _____ ZONA: _____ SEÇÃO: _____

CERTIFICADO DE ALISTAMENTO: _____ ÓRGÃO EXPEDIÇÃO: _____ DATA DE EXPEDIÇÃO: _____ SÉRIE: _____

PIS/PASEP: _____ DATA DO PRIMEIRO EMPREGO: ____/____/____

ENDEREÇO: _____

BAIRRO: _____ CEP: _____ CIDADE: _____ ESTADO: _____

TELEFONES: _____ E-MAIL: _____

BANCO: _____ Nº DA AGÊNCIA: _____ Nº DA CONTA SALÁRIO _____

DEPENDENTES: () SIM () NÃO

NOME COMPLETO DOS DEPENDENTES	DATA DE NASCIMENTO DOS DEPENDENTES	PARENTESCO DOS DEPENDENTES

CURSO DE GRADUAÇÃO: _____

INSTITUIÇÃO DE ENSINO: _____

ANO DE CONCLUSÃO: _____

CIDADE/ESTADO: _____

BELÉM ____ DE ____ DE ____.





UNIVERSIDADE DO ESTADO DO PARÁ - UEPA
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS DA SAÚDE - CCBS

DOCUMENTOS ENTREGUES:

- Termo de Compromisso
- 02 fotos 3x4
- Cópia autenticada do diploma de graduação
- Documento que comprove que o candidato concluirá o curso de graduação antes do início das aulas da RMS
- Duas cópias da carteira do Registro no Conselho Regional
- Cópia do comprovante de inscrição no Conselho Regional
- Duas cópias do RG
- Duas cópias do CPF
- Duas cópias de visto para estrangeiros
- Número do PIS/PASEP
- Número da conta salário
- Declaração de não possuir vínculo empregatício
- Cópia do comprovante do Seguro de Acidentes

BELÉM _____ DE _____ DE 2025.

Assinatura do (a) Aluno (a) ou Procurador (a) Legal

Assinatura do Funcionário – COREMU/CCBS/UEPA

