



Secretaria de Saúde
Departamento de Apoio a Gestão do SUS

FOTO

FORMULÁRIO DE MATRÍCULA -RESIDÊNCIA MÉDICA- 2026

Anestes[] Ci.Médica[] Cirur.Ger[] Med.Fam e Comunidade[] Med.FC-R3[] Gin.Obstetrícia[] Neuroci [] Pedia[] Psiquia[]

FORÇAS ARMADAS: SIM [] NÃO [] BONIFICAÇÃO: SIM [] NÃO [] VIGÊNCIA: __/__/20__ a __/__/20__.

DADOS PESSOAIS

| | | | | | |
|-----------------|---|--------------|----------------|-------------------------|---------------------------|
| NOME: | | | | | |
| DT.NASC: | FEM[] MASC[] | Outro: _____ | T.Sanguínea: | A+[] A-[] B+[] B-[] | O+[] O-[] AB+[] AB+[] |
| NATURAL: | UF: | | NACIONALIDADE: | COR/ETNIA: | |
| MÃE: | | | | | |
| PAI: | | | | | |
| ESTADO CIVIL: | SOLTEIRO.[] | CASADO.[] | DIVORC.[] | VIÚVO.[] | OUTROS.[] |
| CÔNJUGE: | | | | Nº Dependentes: | [] |
| TAMANHO JALECO: | PP[] P[] M[] G[] GG[] XXG[] XXXG[] | | | | |

ENDEREÇO RESIDENCIAL - ATUAL

| | | | |
|-------------------------|---------|-------------------------|--------|
| RUA/Nº: | CEP: | - | Compl. |
| BAIRRO: | CIDADE: | | |
| ESTADO: | E-MAIL: | | |
| FONE CEL ¹ : | [] | FONE RES ² : | [] |
| FONE REC ³ : | [] | | |

DOCUMENTOS

| | | | |
|-------------------------|------------|-------------|------------------|
| Nº RG: | UF: | DT EMISSÃO: | Org. Exped UF: |
| Nº CPF: | PIS NIT: | RESERVIST | |
| Nº TÍTULO DE ELEITOR: | ZONA: | SEÇÃO: | |
| Nº CNS ^(SUS) | Outros: | | |

DADOS BANCÁRIOS

| | | |
|--------|-------------|-------------|
| BANCO | Nº AGÊNCIA: | C.CORRENTE: |
| CARRO: | PLACA: | COR: |

FORMAÇÃO ACADÊMICA

| | | |
|------------------------------|---------|-------------------|
| GRADUAÇÃO | ESTADO: | |
| PERÍODO: __/__/__ a __/__/__ | CIDADE: | Nº DIPLOMA |
| Nº CRM de ORIGEM: | UF: | Nº CRM SÃO PAULO: |

PREENCHIMENTO - COREME

| | | | | | |
|----------------------------------|-------------|--|--------------------------------------|-----------|---------------------------|
| TERMO DE COMPROMISSO: | SIM [] | NÃO [] | CAD.SISCNRM: | CAD.SIG: | |
| REGIMENTO INTERNO: | SIM [] | NÃO [] | PROCESSO SELETIVO BANCA DO EDITAL: | | |
| MANUAL DO PROGRAMA: | SIM [] | NÃO [] | Fonte Pagadora | Desc.Inss | 11% () 20% () outro () |
| CIÊNCIA SOBRE MORADIA: | SIM [] | NÃO [] | CONSTA NO EDITAL | SIM [] | NÃO [] |
| DATA.MATRÍCULA: | Nº Chamada: | 1ª [] 2ª [] 3ª [] 4ª [] 5ª [] 6ª [] 7ª [] 8ª [] 9ª [] 10ª | | | |
| PRECISARÁ REPOR A CARGA HORÁRIA? | SIM [] | NÃO [] | Até quando: | __/__/__ | |

Recebi nesta data, a cópia do Regimento Interno da Comissão de Residência Médica, da Secretaria de São Bernardo do Campo, Sob Resolução GSS nº17 de 16 de dezembro de 2024.Publicada no Notícias do Município em 20 de dezembro de 2024.

Assinatura do residente: _____ Data: __/__/__