



UNIVERSIDADE REGIONAL DO CARIRI  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO CRATO  
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE COLETIVA  
**MATRÍCULA TURMA 1 – 2019**

Nome: \_\_\_\_\_  
Endereço: \_\_\_\_\_  
Categoria: \_\_\_\_\_ N° Conselho: \_\_\_\_\_  
Telefone: ( ) \_\_\_\_\_/Whatsapp: \_\_\_\_\_  
E-mail: \_\_\_\_\_  
Estado civil: \_\_\_\_\_ Dependente(s): \_\_\_\_\_  
Tipagem sanguínea : \_\_\_\_\_ Raça: \_\_\_\_\_  
Data do último emprego: \_\_\_\_\_

Documentos recebidos (Trazer o original e cópia):

- Cédula de Identidade Oficial com Foto
- CPF
- Título de Eleitor com o comprovante de votação na última eleição ou certidão de quitação com a Justiça Eleitoral
- Diploma/Certificado de Conclusão de Curso ou Declaração da Instituição de Ensino Superior reconhecida pelo MEC de que o candidato concluiu a graduação até a matrícula
- Comprovante de Endereço Recente
- PIS/PASEP ou INSS
- Carteira de Trabalho, se vínculo anterior
- 2 (duas) fotos 3 x 4 recentes
- Comprovante de conta salário (Banco do Brasil S/A, Caixa Econômica Federal, Banco Bradesco S/A, Itaú, Unibanco S/A, Banco Santander (Brasil) S/A) no nome do candidato (até dia 15/02/19)
- Comprovante de registro no Conselho da sua profissão
- Termo de Compromisso em três vias
- Apólice de Seguro de Vida
- Perfil de Ingressante preenchido

-----  
**COMPROVANTE DE RECEBIMENTO DE DOCUMENTAÇÃO COMPROBATÓRIA**

Nome: \_\_\_\_\_  
Contato: ( ) \_\_\_\_\_/ Email: \_\_\_\_\_

Funcionário Responsável pelo Recebimento