

# Residência Multiprofissional em Saúde Hospitalar de Pacientes com Necessidades Especiais

---

## PROCESSO SELETIVO – 2021

**PARA A EFETIVAÇÃO DA MATRÍCULA O CANDIDATO APROVADO DEVERÁ  
PREENCHER NA ORDEM QUE SEGUE OS DADOS SOLICITADOS ABAIXO:**

- CPF:
- Nome completo:
- Nome do pai:
- Nome da mãe:
- Data de nascimento:
- Estado civil:
- Nacionalidade:
- Cor/Origem étnica:
- UF Naturalidade:
- Naturalidade:
- Grupo sanguíneo:
- PIS/PASEP ou NIS:
- Título de eleitor:
- RG (incluir data de expedição e órgão emissor):
- Telefone de contato:
  - Celular:* ( )
  - Fixo:* ( )
- Data do primeiro emprego:
- CEP:
- Logradouro:
- Número:
- Complemento:
- Bairro:
- Cidade:
- Estado:
- Registro conselho de classe (mesmo que provisório):
- Banco para depósito da bolsa:
  - Agência:*
  - Conta corrente \*(não poderá ser conta poupança):*
- Dependentes econômicos (nome e idade):
- Endereço de e-mail:

### Trazer os documentos no ato da matrícula:

- Cópia simples de documento de identidade com foto.
- Cópia de certidão de nascimento ou casamento.
- Declaração de conclusão de residência ou certificado de conclusão.
- Certificado de reservista
- Cópia simples da carteira de registro profissional quando tiver ou número de inscrição provisório
- Cópia simples do cartão de conta bancária.
- Cópia simples do comprovante de endereço.