

**FICHA DE CADASTRO DO PROGRAMA DE RESIDÊNCIA EM**  
**ÁREA PROFISSIONAL DA SAÚDE**

**1. DADOS PESSOAIS**

Nome:

Data de Nascimento:

Sexo: ( ) M ( ) F

Tipo Sanguíneo:

É doador de sangue: ( ) Não ( ) Sim

O candidato se autodeclara: ( ) Indígena ( ) Branco ( ) Negro ( ) Amarelo ( ) Pardo

É Pessoa com Deficiência: ( ) Não ( ) Sim Qual? \_\_\_\_\_

Nacionalidade:

País de Origem:

Ano de Chegada:

Naturalidade:

UF:

Estado Civil:

Nome do Pai:

Nome da Mãe:

Nome do Cônjuge:

Endereço Residencial:

Cidade:

UF:

CEP:

Telefone fixo:

Celular:

E-mail:

Identidade Nº:

Órgão Expedidor/UF:

Data:

CPF:

Carteira de Estrangeiro:

Título Eleitor:

Zona:

Seção:

Município:

UF:

Cert. Militar:

Força: ( ) EXE ( ) MAR ( ) AER

Ano de serviço :

UF:

**PIS/PASEP/NIT/NIS**

Número: \_\_\_\_\_ Data de vínculo do PIS/PASEP/NIT/NIS: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Obs: caso não tenha, deverá preencher o Formulário de Solicitação de Cadastro no PASEP**

Número da Conta Bancária no BRB (Ag. e C/C): \_\_\_\_\_/\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Nome do Programa de Residência e Categoria Profissional:

**2. DECLARAÇÃO DE VÍNCULO COM INSTITUIÇÃO PÚBLICA OU PRIVADA**

**EXERCE CARGO EFETIVO NA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA FEDERAL, ESTADUAL, DISTRITAL OU MUNICIPAL OU POSSUI VÍNCULO EMPREGATÍCIO COM INSTITUIÇÃO PRIVADA?**

( ) NÃO ( ) SIM Indicar órgão/entidade/empresa: \_\_\_\_\_

**3. DECLARAÇÃO DE DEDICAÇÃO EXCLUSIVA**

DECLARO que a partir do início das atividades do Programa de Residência em Área Profissional da Saúde cumprirei a dedicação exclusiva exigida pelo art. 13, §2º, da Lei nº. 11.129/2005, entendida esta, conforme Nota Técnica de 10/6/2013 da Coordenação Geral de Legislação das Normas da Educação Superior do Ministério da Educação, como a vedação ao exercício da atividade profissional remunerada em cargo/emprego/função na Administração Pública Direta e Indireta (nas esferas federal, estadual, municipal e distrital) e nas entidades do terceiro setor e em empresas privadas, sob pena de exclusão do programa, nos termos do art. 152, XIII, do Anexo II, da Portaria nº. 493/2020.

O profissional residente poderá, a seu critério, realizar cursos e outras atividades não remuneradas ou não indenizadas, desde que haja compatibilidade de carga horária e ocorra sem prejuízo ao cumprimento integral das atividades do programa de residência.

**4. DECLARAÇÃO DE VERACIDADE DAS INFORMAÇÕES E DA CÓPIA DOS DOCUMENTOS APRESENTADOS**

DECLARO que todas as informações prestadas neste formulário são verdadeiras e que toda cópia digitalizada da documentação necessária para minha matrícula no Programa de Residência em Área Profissional da Saúde da SES-DF corresponde à fiel reprodução gráfica da documentação original, sob pena de incorrer no crime de Falsidade Ideológica, nos termos do art. 299 do Código Penal.

**5. TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE USO DE IMAGEM**

AUTORIZO, a título gratuito, o uso de minha imagem em toda forma de publicação e comunicação física e eletrônica, especialmente as mídias digitais institucionais, destinadas à divulgação de atividades educacionais, internas e externas.

\_\_\_\_\_ DATA

\_\_\_\_\_ ASSINATURA DO CANDIDATO