

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