

## FICHA DE CADASTRO - RESIDÊNCIA MÉDICA SES/DF

UA: \_\_\_\_\_ LOTAÇÃO: \_\_\_\_\_ Código: \_\_\_\_\_

### 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/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, Especialidade e COREME(Hospital)

### 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: \_\_\_\_\_

Em caso positivo, deverá ser apresentada **declaração funcional, com indicação da carga horária cumprida**, para verificação da compatibilidade de horários com as atividades do Programa de Residência, nos termos dos art. 149 e 150 do Anexo II da Portaria nº. 493 de 8 de julho de 2020, publicada no DODF nº. 184 de 28/09/2020:

**Art. 149** A carga horária do residente do Programa de Residência Médica que também seja servidor efetivo da SES-DF deverá ser de, no máximo, 80 (oitenta) horas semanais, incluindo as 60 (sessenta) horas do Programa.

**§1º** O residente deverá apresentar, no ato de sua admissão no Programa de Residência Médica, a escala de trabalho do cargo efetivo e comprovar, anualmente, a compatibilidade de horários entre o vínculo efetivo e as atividades do Programa.

**§2º** No caso da acumulação prevista no caput, o residente não poderá ser lotado e exercer as atividades do cargo efetivo em unidades setoriais que sejam cenários de prática de seu Programa.

**Art. 150** O residente que acumular cargo, emprego ou função na Administração Pública Federal, Estadual, Distrital ou Municipal, ou tiver vínculo com qualquer instituição pública ou privada, fica obrigado a comprovar a compatibilidade de horários com as atividades do Programa.

### 3. 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 Médica 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.

### 4. 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, interna e externa.

\_\_\_\_\_

DATA

\_\_\_\_\_

ASSINATURA DO CANDIDATO