



Instituto Americano de Desenvolvimento

PROCESSO SELETIVO PARA INGRESSO NOS PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA MÉDICA DESENVOLVIDOS EM HOSPITAIS, ATENÇÃO PRIMÁRIA E DEMAIS CENÁRIOS DE PRÁTICA DA SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL (SES/DF) - ANO 2026

E-MAIL PARA ENVIO: residenciamedica@iades.com.br

DADOS PESSOAIS DO CANDIDATO			
Nome:			
Inscrição Nº:			
Pai:			
Mãe:			
Estado Civil:	Data de Nascimento:	RG nº:	CPF nº:
Nome do(a) cônjuge:			
Endereço residencial:			
Cidade	UF:	CEP:	
DADOS ECONÔMICOS DA RENDA FAMILIAR - OBRIGATÓRIO			
O candidato declara, sob as penas da lei e da perda dos direitos decorrentes da sua inscrição, serem verdadeiras as informações, os dados e os documentos apresentados, prontificando-se a fornecer outros documentos comprobatórios, sempre que solicitados pelo IADES.			
DOCUMENTOS ANEXADOS AO REQUERIMENTO			
()	a) requerimento devidamente preenchido e assinado;		
()	b) cópia autenticada do documento de identidade (frente e verso);		
()	c) cópia autenticada do histórico escolar, ou documento equivalente, comprovando ter cursado o ensino médio completo em escola da rede pública ou em instituições privadas na condição de bolsista integral;		
()	d) cópia autenticada dos documentos de todos os membros familiares residentes no mesmo domicílio ; (RG/CPF, CONTRACHEQUES/DECLARAÇÃO DE AUTÔNOMO/DECLARAÇÃO NÃO POSSUI RENDA, DE TODOS OS RESIDENTES NA MESMA CASA)		
()	d1) documento oficial de identificação com foto, filiação e assinatura de cada membro da família que reside no mesmo domicílio ;		
()	d2) cópia do cadastro de pessoa física – CPF de todos os membros residentes no mesmo domicílio ;		
()	d3) contracheques, ou de comprovantes de renda bruta similares, dos meses de JULHO, AGOSTO e SETEMBRO/2025, ou declaração alegando não possuir renda, ou declaração de autônomo de cada membro residente no mesmo domicílio na respectiva situação em que se enquadre.		

_____, ____ de _____ de 2025

Assinatura do candidato

ENVIO SOMENTE ATRAVÉS DO EMAIL:

residenciamedica@iades.com.br