MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
COMISSÃO DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL

PROCESSO SELETIVO DOS PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA EM ÁREA PROFISSIONAL DA SAÚDE – MODALIDADES MULTIPROFISSIONAL E UNIPROFISSIONAL INGRESSO 2019

ORIENTAÇÕES PARA MATRÍCULA

Os candidatos aprovados no processo seletivo dos Programas de Residência em área Profissional da Saúde - Modalidades Multiprofissional e Uniprofissional ingresso 2019, deverão efetivar sua matrícula no programa para o qual foram selecionados comparecendo à Secretaria das Residências da UFCSPA (rua Sarmento Leite, nº 245, Porto Alegre, prédio 1, sala 105), nos dias 16, 17 e 18 de janeiro de 2019, exclusivamente, no horário das 9:00 às 12:00 e das 14:00 às 17:00, conforme cronograma abaixo descrito, para a entrega da documentação e assinatura de declarações.

ATENÇÃO EM TERAPIA INTENSIVA

Data	Área de Formação	Horário
16/01/2019	Enfermagem	09:00 às 10:00
	Farmácia	10:00 às 11:00
	Fisioterapia	11:00 às 12:00
	Fonoaudiologia	14:00 às 15:00
	Nutrição	15:00 às 16:00
	Psicologia	16:00 às 17:00

ONCOHEMATOLOGIA

Data	Área de Formação	Horário
17/01/2019	Enfermagem	09:00 às 10:00
	Fisioterapia	10:00 às 11:00
	Fonoaudiologia	11:00 às 12:00
	Nutrição	14:00 às 15:00
	Psicologia	15:00 às 16:00

FÍSICA MÉDICA

Data	Área de Formação	Horário
17/01/2019	Física Médica	16:00 às 17:00

ATENÇÃO AO CÂNCER INFANTIL

Data	Área de Formação	Horário
18/01/2019	Enfermagem	09:00 às 10:00
	Fisioterapia	10:00 às 11:00
	Fonoaudiologia	11:00 às 12:00
	Nutrição	14:00 às 15:00

No ato do comparecimento, o candidato deverá preencher e assinar formulário apresentado ao final do presente documento, além de declaração de inexistência de vínculo empregatício. Além disto, o candidato aprovado deverá entregar os seguintes itens:

1. Cópia do diploma de graduação ou Atestado de Conclusão do Curso;
2. Duas fotos 3x4 com nome completo no verso;
3. Cópia da carteira do conselho profissional (caso ainda não tenha o registro no conselho de classe, o mesmo deverá ser entregue até o dia 19/02/2019, na Secretaria da Residência Multiprofissional);
4. Certidão de regularidade com o conselho profissional a que pertence (geralmente se pode obter este documento no site do conselho);
5. Atestado médico que declare condições para o exercício profissional;
6. Cópia da carteira de vacinação (tríplice viral, dupla adulto, hepatite B e varicela);
7. Documento que comprove o registro com número PIS/PASEP (pode ser cópia da carteira de trabalho);

8. Documento que comprove conta salário no Banco do Brasil. Somente serão aceitas contas bancárias no Banco do Brasil que estejam ativas. Se o candidato tem dúvidas quanto à ativação de sua conta, deve entrar em contato com seu banco para verificação.

9. Cópia do documento de identidade;

10. Cópia do CPF;

11. Cópia do Título de Eleitor e dos comprovantes da última votação;

12. Certificado de Reservista (sexo masculino).

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
COMISSÃO DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL

FORMULÁRIO PARA RESIDÊNCIA EM ÁREA PROFISSIONAL DA SAÚDE

ANO DE INGRESSO 2019

Área Profissional:

Área de Concentração:

Nome:

Registro profissional:

CPF: Tipo Sanguíneo:

RG: Data de expedição: Órgão expedidor:

Título de eleitor: Seção: Zona:

Número do PIS/PASEP:

Nome completo do pai:

Nome completo da mãe:

Nacionalidade: Naturalidade:

Estado civil: Sexo:

Data de Nascimento: Ano de conclusão da graduação:

Instituição de conclusão da graduação:

Endereço atual:

Bairro: Município: CEP:

Dados bancários: **Banco do Brasil**

Agência: Conta:

Telefones celulares: () / ()

Telefones fixos: () / ()

E-mail principal:

E-mail alternativo:

Declaro que as informações prestadas acima são verdadeiras e atualizadas,

Porto Alegre, _____ de janeiro de 2019.

_____

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
COMISSÃO DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL

DECLARAÇÃO

Declaro que, atualmente, não possuo vínculo empregatício com nenhuma instituição, público ou privada, nem exerço nenhuma atividade remunerada.

Nome completo:

Registro geral:

Porto Alegre, ____ de janeiro de 2019.

_____

Assinatura