



## FORMULÁRIO DE INSCRIÇÃO - Processo Seletivo para Preceptoria dos Programas de Residência em Área Profissional da Saúde – Seleção 2015/2

|  |   |  |          |          |          |        |         |
|--|---|--|----------|----------|----------|--------|---------|
| <p><b>Vaga a que concorre: Nº</b> <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/></p>  | <p><b>Nº da Inscrição:</b> _____<br/>Preenchimento exclusivo da CPS/FEPECS</p>                      |  |          |          |          |        |         |
| <p><b>Foto 3/4</b></p>   |   |  |          |          |          |        |         |
| <p>Nome do candidato: _____</p>  |   |  |          |          |          |        |         |
| <p>Matrícula SES nº: _____ Carga horária semanal de trabalho nesse vínculo efetivo: _____</p>  |   |  |          |          |          |        |         |
| <p>Título de Especialista em: _____ CPF nº: _____</p>  |   |  |          |          |          |        |         |
| <p>Endereço Residencial: _____</p>   |   |  |          |          |          |        |         |
| <p>Cidade: _____ CEP: _____</p>  |   |  |          |          |          |        |         |
| <p>Telefones: Celular: _____ Comercial: _____</p>  |   |  |          |          |          |        |         |
| <p>Residencial: _____ E-mail: _____</p>  |   |  |          |          |          |        |         |
| <b>CARREIRA SES/DF:</b>  |   |  |          |          |          |        |         |
| <p><u>De Enfermeiro</u> ( )</p>  | <p><u>De Cirurgião Dentista</u> ( )</p>   | <p><u>De Assistência Pública à Saúde/Especialista em Saúde</u><br/>                 Psicólogo ( )<br/>                 Fisioterapeuta ( )<br/>                 Nutricionista ( )</p> |          |          |          |        |         |
| <b>LOTAÇÃO SES/DF:</b>   |   |  |          |          |          |        |         |
| <p>Unidade de Saúde/SES<br/>_____</p>  | <p>Local de Execução das Atividades Funcionais<br/>_____</p>  |  |          |          |          |        |         |
| <p>Nome da Chefia Imediata: _____</p>  |   |  |          |          |          |        |         |
| <p>Telefone da Chefia Imediata: _____</p>  |   |  |          |          |          |        |         |
| <b>EXERCÍCIO DE CARGO COMISSIONADO OU CARGO DE NATUREZA ESPECIAL:</b>  |   |  |          |          |          |        |         |
| <p>NÃO ( ) SIM ( ) QUAL: _____</p>   |   |  |          |          |          |        |         |
| <b>ESCALA DE TRABALHO:</b>   |   |  |          |          |          |        |         |
|  | 2ª feira  | 3ª feira   | 4ª feira | 5ª feira | 6ª feira | Sábado | Domingo |
| Manhã  |   |  |          |          |          |        |         |
| Tarde  |   |  |          |          |          |        |         |
| Noite  |   |  |          |          |          |        |         |
| <p>Declaro conhecer os termos constantes do Edital do Processo Seletivo para Preceptoria dos Programas de Residência em Área Profissional da Saúde – Seleção 2015/2, aceitando todas as normas e condições nele estabelecidas.</p> | <p>Brasília-DF, ____/____/____.</p> <p>_____<br/>Assinatura do Candidato ou Representante Legal</p> |  |          |          |          |        |         |



**DECLARAÇÃO DE CÓPIA AUTÊNTICA - Processo Seletivo para Preceptoría dos  
Programas de Residência em Área Profissional da Saúde – Seleção 2015/2**

Eu, \_\_\_\_\_,

Matrícula SES nº \_\_\_\_\_, portador do CPF nº \_\_\_\_\_,

concorrente ao Processo Seletivo para Preceptoría dos Programas de Residência em Área Profissional da Saúde – Seleção 2015/2, declaro para efeito da Prova de Títulos, que todos os comprovantes anexados ao Formulário de Pontuação são cópias autênticas dos originais.

Declaro, ainda, estar ciente de que, na hipótese de prestar falsas informações, estarei incorrendo em falta e sujeito às sanções cabíveis nos termos do artigo 299 do Código Penal Brasileiro.

Brasília, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Candidato ou do Representante Legal



## **DECLARAÇÃO DE NÃO EXERCÍCIO DE FUNÇÃO NA SES/DF - Processo Seletivo para Preceptoría dos Programas de Residência em Área Profissional da Saúde – Seleção 2015/2**

Eu, \_\_\_\_\_,

Matrícula SES nº \_\_\_\_\_, portador do CPF nº \_\_\_\_\_,

concorrente ao Processo Seletivo para Preceptoría dos Programas de Residência em Área Profissional da Saúde – Seleção 2015/2, declaro, que não exerço função de chefia, função comissionada ou função de natureza especial, na Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal.

Declaro, ainda, estar ciente de que, na hipótese de prestar falsas informações, estarei incorrendo em falta e sujeito às sanções cabíveis nos termos do artigo 299 do Código Penal Brasileiro.

Brasília, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

---

Assinatura do Candidato ou do Representante Legal



## DECLARAÇÃO DA CHEFIA IMEDIATA Processo Seletivo para Preceptoría dos Programas de Residência em Área Profissional da Saúde – Seleção 2015/2

Eu, \_\_\_\_\_,

Matrícula SES/DF nº \_\_\_\_\_, Chefe da Unidade: \_\_\_\_\_,

Declaro para fins de inscrição no Processo Seletivo para Preceptoría dos Programas de Residência EM Área Profissional da Saúde da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal – Seleção 2015/2, que o Servidor: \_\_\_\_\_,

Matrícula SES/DF nº: \_\_\_\_\_, está lotado nesta Unidade: \_\_\_\_\_, com carga horária contratual semanal de ( ) \_\_\_\_\_ horas, assim distribuídas na assistência: \_\_\_\_\_,

Tem alguma carga horária destinada a outra atividade que não seja a assistência: sim ( ) ou não ( )

Ensino ( ) especificar \_\_\_\_\_ horário \_\_\_\_\_

Gestão ( ) especificar \_\_\_\_\_ horário \_\_\_\_\_

Comissão ( ) especificar \_\_\_\_\_ horário \_\_\_\_\_

Preceptoría de Residência ( ) horário \_\_\_\_\_

Supervisão de Residência ( ) horário \_\_\_\_\_

Coordenação de Residência ( ) horário \_\_\_\_\_

Declaro, ainda, estar ciente de que, na hipótese de prestar falsas informações, estarei incorrendo em falta e sujeito às sanções cabíveis nos termos do artigo 299 do Código Penal Brasileiro.

Brasília, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura da chefia imediata  
Coordenação Geral de Saúde de \_\_\_\_\_



## FORMULÁRIO PARA INTERPOSIÇÃO DE RECURSO - Processo Seletivo para Preceptoría dos Programas de Residência em Área Profissional da Saúde – Seleção 2015/2

### IDENTIFICAÇÃO DO CANDIDATO

Nome: \_\_\_\_\_,

Nº de Inscrição: \_\_\_\_\_, Matrícula SES nº: \_\_\_\_\_, CPF nº: \_\_\_\_\_,

### SOLICITAÇÃO

Como candidato do Processo Seletivo para Preceptoría dos Programas de Residência em Área Profissional da Saúde – Seleção 2015/2, solicito nos termos do Edital nº \_\_\_\_ de \_\_\_\_ de \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, a revisão do resultado preliminar de acordo com a justificativa em anexo.

Brasília, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

---

Assinatura do Candidato ou do Representante Legal



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL  
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE  
FUNDAÇÃO DE ENSINO E PESQUISA EM CIÊNCIAS DA SAÚDE - FEPECS  
ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE – ESCS



**FORMULÁRIO PARA INTERPOSIÇÃO DE RECURSO - Processo Seletivo para Preceptoría  
dos Programas de Residência em Área Profissional da Saúde – Seleção 2015/2  
EDITAL Nº \_\_\_ DE \_\_\_ DE \_\_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_.**

**RECURSO**

Contra o resultado preliminar do Processo Seletivo para Preceptoría dos Programas de Residência em Área Profissional da Saúde – Seleção 2015/2

**JUSTIFICATIVA DO CANDIDATO**

(se necessário, use o verso)