

AUTARQUIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE APUCARANA

COMISSÃO DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL

EDITAL DE ABERTURA 003/2022

EDITAL 014/2023

Convocação para matrícula

A COMISSÃO DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL, referente ao Edital nº 003/2022, no uso de suas atribuições resolve:

Art. 1º - CONVOCAR a candidata aprovada e classificada no Processo Seletivo acima citado, para matrícula, conforme Anexo I.

Art. 2º - A candidata convocada deverá **encaminhar a documentação de matrícula** listada no Edital nº 003/2022 conforme item 9, bem como os anexos constantes nesse edital, via email para o endereço residenciamultimatricula@gmail.com. Os documentos serão aceitos a partir das **08h00min do dia 28 de março de 2023 até as 12h00min do dia 29 de março de 2023** (horário de Brasília).

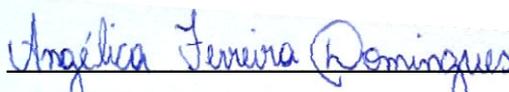
Art. 3º - Os documentos solicitados para realização da matrícula que sejam enviadas por e-mail após o horário indicado serão indeferidos.

Art. 4º - Não haverá entrega física de documentação, pessoalmente ou via Correios, para fins de matrícula. O envio é exclusivamente via e-mail, para o endereço indicado. Obrigatoriamente, a documentação exigida deverá ser dividida em arquivos digitalizados no formato PDF, não podendo ultrapassar 08 (oito) MB em cada arquivo.

Art. 5º - O não encaminhamento dos documentos de matrícula nos prazos estipulados implicará na perda da vaga pelo candidato.

Art. 6º - O deferimento ou indeferimento da matrícula será enviado por email à candidata **até as 16h00min do dia 29/03/2023**.

Apucarana, 27 de março de 2023.



Angélica Ferreira Domingues

Coordenadora da Comissão de Residência Multiprofissional

Anexo I – Convocação para matrícula

RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM ATENÇÃO BÁSICA	
Psicologia	
Nº	CANDIDATO
5	NATHALIA MAZZETTO SARAIVA

ANEXO IV

FICHA DE MATRÍCULA – RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL

PROGRAMA DE RESIDÊNCIA:

- Residência Multiprofissional em Atenção Básica
 Residência Multiprofissional em Saúde Mental
 Residência Profissional em Enfermagem Obstétrica

CATEGORIA PROFISSIONAL:

- Educação Física Enfermagem Fisioterapia
 Nutrição Odontologia Psicologia
 Serviço Social

FOTO 3X4

DADOS PESSOAIS

CPF: _____ DATA DE NASCIMENTO: _____ SEXO: () M () F

NOME COMPLETO: _____

NOME DO PAI: _____

NOME DA MÃE: _____

ESTADO CIVIL: _____ NACIONALIDADE: _____

COR/ORIGEM ÉTNICA: () Amarela () Branca () Parda () Indígena () Parda/Preta

UF NATURALIDADE: _____ MUNICÍPIO NATURALIDADE: _____

GRUPO SANGUÍNEO: () A+ () A- () AB+ () AB- () B+ () B- () O+ () O-

PIS/PASEP: _____ TÍTULO DE ELEITOR: _____

RG: _____ ÓRGÃO EMISSOR: _____ DATA DE EMISSÃO: _____

E-MAIL: _____

TELEFONE: (____) _____ - _____ CELULAR: (____) _____ - _____

CEP: _____ LOGRADOURO: _____

N,º: _____ COMPLEMENTO: _____ BAIRRO: _____

UF: _____ MUNICÍPIO: _____

EM CASO DE URGÊNCIA AVISAR: _____ TELEFONES: _____

ESCOLARIDADE: () Superior Completo () Especialização () Residência () Mestrado () Doutorado

DATA DO PRIMEIRO EMPREGO: _____

DADOS PROFISSIONAIS:

INSTITUIÇÃO ONDE CURSOU A GRADUAÇÃO: _____

ANO DE CONCLUSÃO: _____ CONSELHO PROFISSIONAL: _____

UF: _____ NÚMERO DE REGISTRO DO CONSELHO PROFISSIONAL: _____

DADOS BANCÁRIOS:

CONTA CORRENTE: _____

BANCO: _____ AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

CONTA SALÁRIO VINCULADA A CONTA CORRENTE: _____

TERMO DE COMPROMISSO INDIVIDUAL

Eu _____ declaro, para fins de matrícula no Programa de Residência em _____ da Autarquia Municipal de Saúde de Apucarana, que neste momento não possuo vínculo empregatício, não desenvolvo trabalhos remunerados, especializações lato e/ou stricto sensu, aperfeiçoamentos ou cursos não componentes da carga-horária do Programa de Residência. Além disso, assumo o compromisso de que não assumirei nenhum vínculo empregatício, não desenvolverei trabalhos remunerados, especializações lato e/ou stricto sensu, aperfeiçoamentos ou cursos não componentes da carga-horária do Programa de Residência e, declaro que estou ciente da dedicação exclusiva exigida no programa pelo período de dois anos e da existência de atividades práticas nos finais de semana e feriados, cumprindo carga horária semanal de 60 horas.

Apucarana, _____ de março de 2023.

Assinatura do Profissional Residente

TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA PUBLICAÇÃO

Eu, _____, brasileiro(a), matriculado(a) no Programa de Residência _____, nº de matrícula * _____, CPF nº _____, portador(a) da cédula de identidade nº _____, pelo presente termo autorizo o Programa de Residência, vinculado ao Departamento de Educação e Pesquisa em Saúde da Autarquia Municipal de Saúde de Apucarana-PR, CNPJ nº 78.956.513/0001-68, a publicar e divulgar o Trabalho de Conclusão de Residência, bem como quaisquer produções práticas e/ou teóricas relacionadas ao processo de formação em serviço.

Assumo, portanto, a responsabilidade que me cabe pelo conteúdo das produções desenvolvidas de minha autoria, devendo, contudo, o Programa de Residência no qual estou matriculado garantir que os conceitos e o pensamento aí expressos permaneçam fiéis aos originais.

Estou ciente de que as produções científicas elaboradas no decorrer da Residência precisam ser necessariamente, realizadas com a ciência e a autorização do tutor de núcleo, que ocupa o lugar preferencial de co-autor, devendo, assim, contribuir substancialmente para o processo; quando, em decorrência de limitações editoriais, de indisponibilidade do tutor de núcleo ou pela natureza da produção (por ex.: relato de experiência com várias categorias profissionais), não for possível que o trabalho seja produzido entre o(s) residente(s) e seu tutor de núcleo poderá ser instituída, por indicação desse tutor, parceria com outros tutores (sendo alguém que, preferencialmente, tenha interesse e condições de contribuir com a referida produção e que atuará como orientador(a)/co-autor(a) junto com o(s) residente(s)).

Declaro, ainda, estar ciente de que as produções podem ser publicadas e/ou divulgadas após o encerramento de minhas atividades no Programa de Residência; e, por fim, estar de acordo que, caso a publicação mencionada seja aprovada, esta autorização deverá contemplar o nome de todos os autores envolvidos no processo.

Por ser verdade, firmo o presente e dou fé.

Apucarana, _____ de _____ de 20____.

Assinatura do(a) residente(a)