

Edital 23/2019

INFORMATIVO SOBRE MATRÍCULA E REUNIÃO PRESENCIAL

A matrícula será realizada na Escola de Saúde Pública do Ceará – Paulo Marcelo Martins Rodrigues – (ESP/CE) no auditório Professora Maria José dos Santos Ferreira Gomes, dia 02/10/2019, 14-17h, de acordo com a ordem de chegada.

Os documentos necessários para matrícula são:

- a) Ficha Cadastral/ Matrícula preenchida (em anexo);
- b) 02 cópias do Cadastro de Pessoa Física ativo;
- c) 01 cópia da Registro Geral – Cédula de Identidade;
- d) 01 cópia da Carteira de Trabalho e Previdência Social – CTPS;
- e) 01 cópia do Título de Eleitor e comprovante de quitação eleitoral;
- f) 02 cópias do NIS ou PASEP;
- g) 01 cópia do comprovante de quitação com o serviço militar, para participantes do sexo masculino;
- h) 01 cópia do Comprovante de endereço atual;
- i) 01 cópia autenticada do Diploma ou Comprovante de conclusão do curso de Medicina;
- j) 01 cópia autenticada (por cartório ou pelo sistema da Instituição de Ensino) do Histórico do curso de Medicina;
- k) 01 cópia do Registro do Conselho Regional de Medicina (CRM-CE);
- l) 01 Seguro de Vida e Acidente de Trabalho que contemple o período previsto para o completo cumprimento do Curso de Pós-Graduação “Lato Sensu” em APS;
- m) 02 fotos 3x4 idênticas e atuais;
- n) 02 cópias do cartão do Banco Bradesco, com informações da conta-corrente e agência, para recebimento da bolsa.

A reunião presencial para escolha da Unidade de Saúde também será realizada na Escola de Saúde Pública do Ceará – Paulo Marcelo Martins Rodrigues – (ESP/CE) no auditório Professora Maria José dos Santos Ferreira Gomes, dia 07/10/2019, 09-12h, de acordo com a classificação do candidato (em anexo).

FOTO

FICHA CADASTRAL - (PREENCHER COM LETRAS DE FORMA)

Nome Completo

Tipo
Sanguíneo

CPF

Estado Civil:

Identidade(RG):

Org. Expedidor:

UF:

Data Emissão

Data Nascimento

CRM/CE:

Naturalidade

UF

Nacionalidade

Endereço Completo

Bairro

Município

UF:

CEP

Telefone -1

Celular:

Filiação

Nome da Mãe:

Nome da Pai

Número do Título de Eleitor

Zona

Seção

Município

PIS/PASEP/NIT

Nº documento Militar

Série

Categoria

Email

Banco

Agência:

Conta:

Programa:

Curso de Pós-Graduação Lato Sensu em Atenção Primária à Saúde

TERMO DE RESPONSABILIDADE

DECLARO QUE AS INFORMAÇÕES CONSTANTES NESTA FICHA SÃO VERDADEIRAS

DATA: / / 2019

Assinatura do Médico

Class	Nomes
1	FLÁVIA VIEGAS NASCIMENTO GUTIERREZ
2	MARIA ORLANE DO NASCIMENTO E SILVA
3	PAULA MARY BEZERRA
4	PRISCILLA SOARES DAVILA
5	BÁRBARA PINTO GOMES
6	ALEX FERNANDES DE OLIVEIRA
7	FRANCE CLARA CRUZ DE ALBUQUERQUE
8	GEORGIA TERCEIRO DE OLIVEIRA
9	VÍCTOR CÉSAR VIEIRA DE OLIVEIRA BARROS
10	JOSÉ MONTENEGRO JUNIOR
11	JOANA THAYNE PINHEIRO DE FIGUEIREDO
12	ISRAEL DE LUCENA MARTINS FERREIRA
13	CAMILA MAPPES MAIA