

CHAMADA DE SUPLENTES ao Edital Nº 019/2020 – COREME

PRIMEIRA CHAMADA DE CANDIDATOS SUPLENTES ÀS VAGAS PARA O PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MÉDICA NO ANO DE 2021, NO ÂMBITO DA UNIVERSIDADE FRANCISCANA – UFN.

A Comissão de Residência Médica – COREME, no uso de suas atribuições legais, torna pública presente chamada de suplentes ao preenchimento de vagas no Programa de Residência Médica na Universidade Franciscana – UFN, em nível de Especialização (*Lato Sensu*), no ano de 2021.

1. MATRÍCULA DOS APROVADOS

1.1. O candidato **aprovado** estará apto a matricular-se na Residência Médica a que faz jus, devendo comparecer à Central de Atendimento da Universidade Franciscana – UFN, localizada à Rua dos Andradas, nº 1614, Centro, Santa Maria/RS, CEP. 97010-032, no dia **11 de janeiro de 2021**, no horário das **8h30min às 11h30min e das 14h às 17h30min**, munido da documentação necessária para efetuar a matrícula.

12 Para a matrícula presencial serão observados todos os protocolos de segurança sanitária exigidos para o momento, sob supervisão do COE-E Local, conforme Portaria Conjunta SES/SEDUC/RS nº 01/2020.

13 A matrícula deverá ser realizada pelo próprio candidato ou seu procurador legalmente constituído.

14 A Universidade Franciscana (UFN) reitera que observa as determinações legais para o tratamento de dados pessoais, conforme disposto na Lei nº 13.709, de 14 de agosto de 2018 – Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD).

15 Documentos para matrícula (candidato brasileiro):

- a) Histórico Escolar de Graduação de Medicina;
- b) Diploma de Graduação em Medicina - o candidato classificado que realizou o curso de Medicina no exterior, deverá apresentar cópia do Diploma Revalidado no Brasil;
- c) Comprovante de conclusão ou de estar concluindo em 28 de fevereiro de 2021 a Residência Médica em Clínica Médica, em programa reconhecido pela CNRM, **apenas para a Residência Médica em Cardiologia**;
- d) Comprovante de conclusão ou de estar concluindo em 28 de fevereiro de 2021 a Residência Médica em Anestesiologia, Cirurgia Geral, Clínica Médica, Infectologia ou Neurologia, em programa reconhecido pela CNRM, **apenas para a Residência Médica em Medicina Intensiva**;
- e) Cédula de identidade (preferencialmente RG);
- f) CPF;
- g) Certidão de nascimento/casamento;
- h) Cópia do registro no CRM – Conselho Regional de Medicina;
- i) Dados bancários: número da agência e número de conta corrente (**obrigatório ser conta salário**), com dígito verificador (Banco do Brasil ou Caixa Econômica Federal);
- j) Formulário Cadastral do Candidato preenchido (**Anexo I**).

16 Documentos para matrícula (candidato estrangeiro):

- a) Passaporte com o visto de ingresso na país registrado junto à Polícia Federal;
- b) Diploma de Médico revalidado conforme legislação brasileira;
- c) Histórico Escolar de Graduação de Medicina;
- d) Cópia do Registro num Conselho Regional de Medicina do Brasil;
- e) Formulário Cadastral do Candidato preenchido (**Anexo I**).

17. A não apresentação dos documentos conforme item 1.5 e 1.6 acima ou sua apresentação fora do prazo estipulado neste Edital poderá acarretar na exclusão do candidato do processo seletivo e, conseqüentemente, do programa de Residência.

18. O não comparecimento do candidato na data e horário para a matrícula implicará na desistência definitiva da vaga e chamada do suplente em lista de espera.

2. CHAMADA DE NOVOS SUPLENTES

21. Os candidatos classificados, além do limite das vagas ofertadas, irão compor a lista de suplência do processo seletivo e poderão ser convocados em chamadas subsequentes.

22. Havendo vagas remanescentes no programa de Residência Médica, serão realizadas chamadas subsequentes em número suficiente até o preenchimento do total de vagas ofertadas em cada especialidade médica, sendo estas divulgadas, exclusivamente, por meio do endereço eletrônico www.ufn.edu.br/site.

3. CLASSIFICAÇÃO

3.1 Programa de Residência Médica em CARDIOLOGIA:

Classificação	Nome do candidato	Situação
2	RENAN CHAVES CUSTÓDIO	Aprovado

3.2 Programa de Residência Médica em CLÍNICA MÉDICA:

Classificação	Nome do candidato	Situação
8	RAFAEL CERETTA MORO	Aprovado
9	DOUGLAS DE ARAUJO	Aprovado
10	LUCAS DORNELLES MARTINO	Aprovado

3.3 Programa de Residência Médica em PRÉ-REQUISITO EM ÁREA CIRÚRGICA BÁSICA:

Classificação	Nome do candidato	Situação
2	MARILIA ANTUNES DE OLIVEIRA	Aprovado

3.4 Programa de Residência Médica em PSIQUIATRIA:

Classificação	Nome do candidato	Situação
3	VANESSA LOCATELLI PIETROBELLI	Aprovado

3.5 Programa de Residência Médica em SAÚDE DA FAMÍLIA E COMUNIDADE:

Classificação	Nome do candidato	Situação
7	RAQUEL MASCARENHAS PEREIRA	Aprovado
8	CAROLINA PAIM FERNANDES	Aprovado
9	HARITANNA PAULA MACEDO NUNES	Aprovado
10	ADALBERTO CERON ROESLER	Aprovado
11	FERNANDA CASTILHO DALMONTE	Aprovado

4. DISPOSIÇÕES GERAIS

41. É responsabilidade do candidato acompanhar periodicamente adendos, aditivos, erratas, homologações e convocações, referentes ao processo seletivo, através do endereço eletrônico www.ufn.edu.br/site, www.fundatec.org.br e www.amrigs.org.br.
42. O início das atividades do Programa de Residências Médicas da UFN será no dia **01 de março de 2021**.
43. Os casos omissos serão tratados pela Comissão de Residência Médica (COREME) da Universidade Franciscana – UFN e pela Comissão de Concursos da FUNDATEC.
44. Informações adicionais poderão ser obtidas através do e-mail coreme.ufn@ufn.edu.br.

Santa Maria, 07 de janeiro de 2021.



Angela Regina Maciel Weinmann
Presidente da Comissão de Residência Médica – COREME
Universidade Franciscana - UFN

ANEXO I

FORMULÁRIO CADASTRAL DO CANDIDATO

CPF nº _____ CRM nº _____

NOME (completo) _____

PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MÉDICA _____

E-MAIL _____

MÃE _____ PAI _____

SEXO _____ DATA DE NASCIMENTO _____

ESTADO CIVIL _____ TÍTULO DE ELEITOR nº _____

Nº DEPENDENTES NO IMPOSTO DE RENDA _____

GRUPO SANGUÍNEO _____ FATOR RH _____

TELEFONE () _____ CELULAR () _____

COR _____ NATURALIDADE _____

INSTITUIÇÃO ONDE FEZ GRADUAÇÃO _____

ANO DE CONCLUSÃO DA GRADUAÇÃO _____

MUNICÍPIO _____ UF _____

CARTEIRA DE IDENTIDADE:

REGISTRO GERAL nº _____ ÓRGÃO EXPEDITOR _____

UF _____ DATA EXPEDIÇÃO _____

ENDEREÇO:

RUA _____

BAIRRO _____ CEP _____

MUNICÍPIO _____ UF _____

CONTA PARA PAGAMENTO

BANCO: _____ AGÊNCIA: _____ CONTA SALÁRIO: _____

Nº. INSCRIÇÃO INSS: _____ Nº. PIS/PASEP: _____

Observação: O NÃO preenchimento completo do formulário cadastral inviabiliza a matrícula do candidato. A conta bancária deverá ser **conta salário** em nome do titular, do Banco do Brasil ou Caixa Econômica Federal.