

**UNIVERSIDADE FRANCISCANA  
PRÓ-REITORIA ACADÊMICA****EDITAL Nº 03/2020  
PROCESSO SELETIVO PARA INGRESSO EM PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA  
MÉDICA DA UNIVERSIDADE FRANCISCANA**

A Pró-Reitora Acadêmica da Universidade Franciscana, em conjunto com a Coordenação dos Programas de Residência Médica, no uso de suas atribuições legais, tornam público o edital de Processo Seletivo para ingresso em Programas de Residência Médica em Programa de Pré-Requisito em Área Cirúrgica Básica, Clínica Médica e Medicina de Família e Comunidade, para o ano de 2020.

**1 PROGRAMA E NÚMERO DE VAGAS**

<b>Programa de Residência Médica em</b>	<b>Duração</b>	<b>Pré-requisito</b>	<b>Nº de vagas credenciadas</b>	<b>Nº de vagas disponibilizadas</b>
<b>Programa de Pré-Requisito em Área Cirúrgica Básica</b>	dois anos	-	2 (duas)	2 (duas)
<b>Clínica Médica</b>	dois anos	-	8 (oito)	3 (três)
<b>Medicina de Família e Comunidade</b>	dois anos	-	12 (doze)	11 (onze)

**2 INSCRIÇÃO**

A inscrição será realizada exclusivamente pela internet, no período de **21 a 27 de fevereiro de 2020**, no endereço eletrônico [www.ufn.edu.br](http://www.ufn.edu.br).

O candidato deverá preencher o formulário eletrônico, conferir os dados digitados e imprimir o boleto para pagamento da taxa de inscrição, no valor de **R\$ 230,00 (duzentos e trinta reais)**. O pagamento do boleto deverá ser efetuado em qualquer agência bancária ou rede lotérica impreterivelmente **até o dia 28/02/2020**. O comprovante de pagamento deve ser guardado pelo candidato para futura conferência, caso necessário.

É de inteira responsabilidade do candidato a observância das regras e critérios de horários para processamento de dados nos respectivos bancos, lotéricas e terminais de autoatendimento.

**Não haverá devolução da taxa de inscrição, seja qual for o motivo alegado.**

## 2.1 Documentos para inscrição

Para inscrição, os candidatos deverão enviar os documentos listados abaixo para o e-mail [coreme@ufn.edu.br](mailto:coreme@ufn.edu.br) no período de **21 a 27 de fevereiro de 2020**:

- a) Comprovante do desempenho na Prova da Associação Médica do Rio Grande do Sul – AMRIGS 2015, 2016, 2017, 2018 ou 2019, em qualquer opção.
- b) Comprovante de participação, para os candidatos participantes do Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica – PROVAB.

O e-mail deverá ter como assunto “Inscrição Residência Médica”

## 2.2 Condições para a inscrição no processo seletivo:

- a) Nacionalidade Brasileira ou estrangeira na forma da legislação federal;
- b) Graduação em Medicina em escola brasileira ou ser concluinte em 2019 de Curso de Medicina de escola brasileira, ou se diplomado no exterior, ter diploma reconhecido por universidade pública brasileira;
- c) Estar em dia com as obrigações eleitorais;
- d) Estar quite com o serviço militar, quando do sexo masculino;
- e) Estar de acordo com as normas do presente processo seletivo público.

## 2.3 Homologação das inscrições

O candidato terá sua inscrição homologada somente após a confirmação do pagamento da taxa de inscrição e envio dos documentos solicitados por e-mail.

A homologação das inscrições ocorrerá no dia **28 de fevereiro de 2020** e será divulgada no endereço eletrônico [www.ufn.edu.br](http://www.ufn.edu.br).

### **Observação:**

O não cumprimento das exigências dispostas neste edital implicará indeferimento da inscrição do candidato.

## 3 SELEÇÃO DOS CANDIDATOS

O processo seletivo será constituído por uma única etapa, de caráter eliminatório e classificatório (peso 10,0 – 100% da nota final), por meio do desempenho na prova escrita, objetiva, realizada sob a coordenação técnico-administrativa da Associação Médica do Rio Grande do Sul – AMRIGS nos anos de 2015, 2016, 2017, 2018 ou 2019, de escolha do candidato.

### 3.1 Critérios para seleção dos candidatos

O resultado final e classificação dos candidatos obedecerá à ordem decrescente do desempenho obtido na prova AMRIGS. O candidato que comprovar participação efetiva no Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica – PROVAB terá acréscimo de 10% na nota final. A pontuação do PROVAB obedece a Resolução CNRM nº 2/2015, conforme Ofício nº 651/2015-DDES/SESu/MEC-tm, de 28 de outubro de 2015.

Em caso de empate na nota final, será melhor classificado o candidato com maior idade.

#### **4 RESULTADO FINAL**

O resultado final do processo seletivo será divulgado no dia **02 de março de 2020**, no endereço eletrônico [www.ufn.edu.br](http://www.ufn.edu.br).

Quando necessário, a chamada de candidatos em lista de suplência será realizada **somente através do endereço eletrônico** – [www.ufn.edu.br](http://www.ufn.edu.br). O suplente convocado deverá observar a data de realização da matrícula, informada na respectiva convocação, sob pena de perdê-la no caso de não comparecimento, sendo chamado o próximo candidato em lista de suplência.

#### **5 MATRÍCULA**

O candidato classificado deverá realizar a matrícula no dia **03 de março de 2019**, na Central de Atendimento, Rua dos Andradas, nº 1614, Prédio 2 – Conjunto I, **das 9h às 11:30h e das 14h às 17:30h**.

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

O não comparecimento implica na perda da vaga e chamada do suplente.

##### **5.1 Documentos originais para matrícula (candidato brasileiro)**

- a) Diploma de Graduação ou Certificado de Conclusão do Curso de Medicina;
- b) Histórico Escolar de Medicina;
- c) Carteira de identidade, CPF e certidão de nascimento/casamento;
- d) Título de Eleitor, com comprovante de votação ou certidão de quitação eleitoral;
- e) Comprovante de quitação com o serviço militar (somente para candidatos do sexo masculino);
- f) Uma foto 3X4;
- g) O candidato classificado que realizou o Curso de Medicina no Exterior deverá apresentar cópia do Diploma Revalidado no Brasil;
- h) Cópia do CRM – Conselho Regional de Medicina do RS;

- i) Dados bancários: número da agência e número de conta corrente, com dígito verificador (Banco do Brasil ou Caixa Econômica Federal);
- j) Formulário Cadastral do Candidato preenchido (Anexo I).

## **5.2 Documentos para matrícula (candidato estrangeiro)**

- a) Cópia do Passaporte;
- b) Visto temporário e registro junto à Polícia Federal;
- c) Cópia autenticada do diploma de Médico Revalidado;
- d) Cópia do Registro num Conselho Regional de Medicina do Brasil.
- e) Formulário Cadastral do Candidato preenchido (Anexo I).

## **6 INÍCIO DAS ATIVIDADES**

O início das atividades nos Programa de Residência Médica constantes deste edital será no **dia 04 de março de 2020**.

## **7 CRONOGRAMA**

Atividade	Data/Período
a) Início das inscrições	21/02/2020
b) Término das inscrições	27/02/2020
c) Data limite para pagamento da taxa de inscrição	28/02/2020
d) Período para envio dos documentos para seleção	De 21/02/2020 a 27/02/2020
e) Homologação das inscrições	28/02/2020
f) Divulgação do Resultado	02/03/2020
g) Matrícula dos selecionados	03/03/2020
h) Chamada de Suplentes	A partir de 04/03/2020
i) Início das atividades	04/03/2020

## **8 ALTERAÇÕES NO EDITAL**

Adendos ou novos Editais serão publicados, sempre que necessários, No endereço eletrônico [www.ufn.edu.br](http://www.ufn.edu.br) . Casos omissos serão decididos pela Comissão Examinadora.

## **9 INFORMAÇÕES**

Pró-Reitoria Acadêmica

---

Rua dos Andradas, 1614, Prédio 7 (Administração Central), 5º andar – Conjunto I, Santa Maria – RS

Horário: das 8h30min às 11h30min.

Telefone: (55) 3220 1208

E-mail: [proac@ufn.edu.br](mailto:proac@ufn.edu.br)

Santa Maria, 21 de fevereiro de 2020.



**Vanilde Bisognin**

Pró-Reitora Acadêmica

Universidade Franciscana

## ANEXO I – FORMULÁRIO CADASTRAL DO CANDIDATO

CPF: \_\_\_\_\_ CRM: \_\_\_\_\_

PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MÉDICA: \_\_\_\_\_

NOME COMPLETO: \_\_\_\_\_

NOME DA MÃE: \_\_\_\_\_

NOME DO PAI: \_\_\_\_\_

ENDEREÇO: \_\_\_\_\_

BAIRRO: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_

MUNICÍPIO: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_

TELEFONE RESIDENCIAL: (    ) \_\_\_\_\_ TELEFONE CELULAR (    ) \_\_\_\_\_

E-MAIL: \_\_\_\_\_

SEXO: \_\_\_\_\_ DATA DE NASCIMENTO: \_\_\_\_\_ ESTADO CIVIL: \_\_\_\_\_

NATURALIDADE: \_\_\_\_\_

TÍTULO DE ELEITOR: \_\_\_\_\_

CARTEIRA DE IDENTIDADE: \_\_\_\_\_ DATA DE EXPEDIÇÃO: \_\_\_\_\_

ÓRGÃO EXPEDIDOR: \_\_\_\_\_ UF DE EXPEDIÇÃO: \_\_\_\_\_

GRUPO SANGÜÍNEO: \_\_\_\_\_ FATOR RH: \_\_\_\_\_

COR: \_\_\_\_\_ Nº DEPENDENTES NO IMPOSTO DE RENDA: \_\_\_\_\_

INSTITUIÇÃO ONDE FEZ GRADUAÇÃO: \_\_\_\_\_

MUNICÍPIO: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_ ANO DE CONCLUSÃO: \_\_\_\_\_

NOME INSTITUIÇÃO ONDE FEZ PRÉ REQUISITO: \_\_\_\_\_

### CONTA PARA PAGAMENTO

BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA CORRENTE: \_\_\_\_\_

Nº. INSCRIÇÃO INSS: \_\_\_\_\_ Nº. PIS/PASEP: \_\_\_\_\_