

**UNIVERSIDADE FRANCISCANA
PRÓ-REITORIA ACADÊMICA****EDITAL Nº 04/2020
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 Cardiologia e Medicina Intensiva, para o ano de 2020.

1 PROGRAMA E NÚMERO DE VAGAS

Programa de Residência Médica em	Duração	Pré-requisito	Nº de vagas credenciadas	Nº de vagas disponibilizadas
Cardiologia	dois anos	Clínica Médica	1 (uma)	1 (uma)
Medicina Intensiva	dois anos	Clínica Médica	1 (uma)	1 (uma)

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.

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 ter a inscrição homologada, os candidatos deverão enviar eletronicamente os documentos listados abaixo, para o e-mail coreme@ufn.edu.br, identificado pelo assunto “*Inscrição Residência Médica*”, no período de **21 a 27 de fevereiro de 2020**.

- a) Comprovante de conclusão ou de estar concluindo em 29 de fevereiro de 2020 Residência Médica em Clínica Médica em programa reconhecido pela CNRM.
- b) Comprovante de participação, para os candidatos participantes do Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica – PROVAB.

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.

Observação:

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

3 SELEÇÃO DOS CANDIDATOS

O processo seletivo será constituído de etapa única, de caráter eliminatório e classificatório (peso 10,0 – 100% da nota final), por meio de prova escrita, objetiva, com conteúdo referente à área pré-requisito (Clínica Médica), a ser aplicada no dia 02 de março de 2020, às 18:00 horas, na sala 806 do Prédio 17, Conjunto III da Universidade Franciscana.

Divulgação do gabarito da prova: dia 03 de março de 2020, às 14 horas, através do site da Universidade Franciscana no endereço eletrônico www.ufn.edu.br.

Data para recursos contra gabarito da prova: dia 04 de março de 2020. Modelo de recurso em ANEXO II.

Divulgação do gabarito final da prova: será no dia 05 de março de 2020.

3.1 Critérios para seleção dos candidatos

O resultado final e classificação dos candidatos obedecerá à ordem decrescente da nota na prova escrita referente à área pré-requisito. 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 **06 de março de 2020**, no endereço eletrônico 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. O suplente convocado deverá observar a data para realização da matrícula, informada na convocação, sob pena de perdê-la no caso do não comparecimento, sendo chamado o próximo candidato em lista de suplência.

5 MATRÍCULA

O candidato classificado deverá realizar a matrícula no dia **09 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 os homens);
- 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 10 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	06/03/2020
g) Matrícula dos selecionados	09/03/2020
h) Chamada de Suplentes	A partir de 10/03/2020
i) Início das atividades	10/03/2020

8 ALTERAÇÕES NO EDITAL

Adendos ou novos Editais serão publicados, sempre que necessários, No endereço eletrônico 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

Santa Maria, 20 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: _____

DADOS DO REQUERENTE

NOME	Nº CRM:	FONE:
ESPECIALIDADE/ÁREA DE ATUAÇÃO	EMAIL:	

VENHO APRESENTAR RECURSO ALEGANDO QUE:

[illegible]

MUNICÍPIO/DATA _____, _____ DE _____ DE 201____.

ASSINATURA DO REQUERENTE