

**CHAMADA DE SUPLENTES** ao Edital nº 013/2021 – COREMU

**PRIMEIRA CHAMADA DE CANDIDATOS SUPLENTES ÀS VAGAS DO PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL E EM ÁREA PROFISSIONAL DA SAÚDE NO ANO DE 2022, NO ÂMBITO DA UNIVERSIDADE FRANCISCANA – UFN.**

A Comissão de Residência Multiprofissional (COREMU), no uso de suas atribuições legais, torna pública a primeira chamada de suplentes ao preenchimento de vagas no Programa de Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde na Universidade Franciscana – UFN, em nível de Especialização (*Lato Sensu*), no ano de 2022.

**1. MATRÍCULA DOS APROVADOS**

1.1. O candidato **aprovado** neste chamamento estará apto a matricular-se e deverá 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 **17 de fevereiro de 2022**, no horário das **8h00min às 11h30min**, 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 necessários para a matrícula (originais):**

- a) Diploma de Graduação ou Atestado/Declaração de Conclusão de Curso de Graduação (**ver item 3.2 do Edital nº 013/2021 - COREMU**);
- b) Histórico Escolar de Graduação;
- c) Carteira de identidade (RG preferencialmente);
- d) CPF;
- e) Certidão de nascimento ou casamento;
- f) Registro profissional ou Protocolo de inscrição no Conselho Regional da respectiva classe profissional;
- g) Comprovante de residência (caso o comprovante não esteja em nome do candidato, o titular deverá declarar formalmente a residência do candidato no respectivo endereço informado);
- h) Formulário Cadastral do Candidato preenchido (**Anexo I**);
- i) Declaração de não vínculo empregatício preenchida (**Anexo II**);
- j) Declaração de não vínculo com outro Programa de Residência em Saúde de qualquer instituição (**Anexo III**);
- k) Certificado de atuação na Ação Estratégica “Brasil Conta Comigo”, conforme Portaria MS, nº 492/2020 (**quando for o caso**).

16. Ao candidato estrangeiro graduado em universidade estrangeira, será exigido, além da documentação acima, documento oficial que comprove a situação de regularidade no Brasil e o diploma revalidado por Universidade Federal Brasileira.

17. Os documentos originais serão digitalizados e devolvidos ao candidato no ato da matrícula.

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 nos programas de Residência, serão realizadas chamadas subsequentes em número suficiente até o preenchimento do total de vagas ofertadas em cada especialidade, sendo estas divulgadas, exclusivamente, por meio do endereço eletrônico [www.ufn.edu.br/site](http://www.ufn.edu.br/site).

23. É responsabilidade do candidato acompanhar periodicamente adendos, aditivos, erratas, homologações e convocações, referentes ao processo seletivo, através do endereço eletrônico [www.ufn.edu.br](http://www.ufn.edu.br).

**3. CLASSIFICAÇÃO FINAL**

3.1 Programa de Residência Multiprofissional em **Atenção Clínica Especializada com Ênfase em Infectologia e Neurologia**:

a) Área de concentração: FISIOTERAPIA

Classificação	Inscrição	Nome do candidato	Situação
3	61002840784	FABIANI DE VARGAS	Aprovado

b) Área de concentração: PSICOLOGIA

Classificação	Inscrição	Nome do candidato	Situação
3	61002852100	ANA CAROLINA DE SOUZA MAGNAGO	Aprovado

3.2 Programa de Residência Profissional em **Enfermagem Obstétrica**:

Classificação	Inscrição	Nome do candidato	Situação
7	61002879935	JULIA BERNARDES RACHADEL	Aprovado
8	61002855863	CÁSSIA LUISA LORSCHETER	Aprovado
9	61002847500	KELYHARRARA LIMA FERNANDES	Aprovado

3.3 Programa de Residência Profissional em **Enfermagem Urgência-Trauma**:

Classificação	Inscrição	Nome do candidato	Situação
7	61002865468	DEBORAH REGINA PATHEK	Aprovado
8	61002882894	ISABELLA DOS SANTOS SALLA	Aprovado

3.4 Programa de Residência Multiprofissional em **Reabilitação Física**:

a) Área de concentração: ENFERMAGEM

Classificação	Inscrição	Nome do candidato	Situação
2	61002860690	JHONATA CARPES	Aprovado

b) Área de concentração: NUTRIÇÃO

Classificação	Inscrição	Nome do candidato	Situação
2	61002881674	SABRINA TILL DA ROSA	Aprovado

c) Área de concentração: TERAPIA OCUPACIONAL

Classificação	Inscrição	Nome do candidato	Situação
2	61002849289	DARA CRISTINA LEIDEMER	Aprovado

3.5 Programa de Residência Multiprofissional em **Saúde Mental**:

a) Área de concentração: PSICOLOGIA

Classificação	Inscrição	Nome do candidato	Situação
3	61002839408	MARIA CAROLINA MAGEDANZ	Aprovado
4	61002841052	LUÍSE PIVETTA GASTALDO	Aprovado

b) Área de concentração: TERAPIA OCUPACIONAL

Classificação	Inscrição	Nome do candidato	Situação
3	61002828751	JOVANA BERNARDT	Aprovado

#### 4. INFORMAÇÕES

4.1. Informações adicionais poderão ser obtidas através dos contatos a seguir:

- a) Secretaria do Programa (COREMU) - Telefones: (55) 3025.1202 - Ramal 9120 / E-mail: coremu@ufn.edu.br.
- b) Central de Atendimento - Telefones: (55) 3220.1230 / E-mail: central@ufn.edu.br.

Santa Maria, 15 de fevereiro de 2022.



---

**Prof. Dr. Thiago Durand Mussoi**  
Presidente da Comissão de Residência Profissional e Multiprofissional – COREMU  
Universidade Franciscana – UFN

**ANEXO I**

**FORMULÁRIO CADASTRAL DO CANDIDATO**

PROGRAMA DE RESIDÊNCIA: \_\_\_\_\_

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

CPF: \_\_\_\_\_ TÍTULO DE ELEITOR: \_\_\_\_\_

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

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

NOME DA MÃE: \_\_\_\_\_

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

ENDEREÇO: \_\_\_\_\_

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

MUNICÍPIO: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_

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

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

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

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

NACIONALIDADE: \_\_\_\_\_ COR: \_\_\_\_\_

GRUPO SANGUÍNEO: \_\_\_\_\_ FATOR RH: \_\_\_\_\_

ESCOLARIDADE: \_\_\_\_\_ DATA DO 1º EMPREGO: \_\_\_\_\_

DEPENDENTES ECONÔMICOS: \_\_\_\_\_

FORMAÇÃO: \_\_\_\_\_

REGISTRO NO CONSELHO DE CLASSE: \_\_\_\_\_ 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, de preferência no Banco do Brasil ou Caixa Econômica Federal.

## ANEXO II

### DECLARAÇÃO DE NÃO VÍNCULO EMPREGATÍCIO

UNIVERSIDADE FRANCISCANA – UFN

PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL E PROFISSIONAL EM SAÚDE

Eu, \_\_\_\_\_, portador do RG \_\_\_\_\_ e CPF \_\_\_\_\_, matriculado regularmente no Programa de Residência \_\_\_\_\_, da Universidade Franciscana-UFN, declaro para os devidos fins **não** possuir qualquer vínculo empregatício com a instituição acima citada ou qualquer outra instituição e/ou usufruir de qualquer outra modalidade de bolsa durante o período de vigência da bolsa pleiteada. Declaro ainda que estou ciente de que o não cumprimento deste termo implica no cancelamento da bolsa concedida.

Por ser verdade, firmo a presente.

Santa Maria (RS), \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do candidato

**ANEXO III**

**DECLARAÇÃO DE NÃO VÍNCULO COM OUTRO PROGRAMA DE RESIDÊNCIA EM SAÚDE**

UNIVERSIDADE FRANCISCANA – UFN

PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL E PROFISSIONAL EM SAÚDE

Eu, \_\_\_\_\_, portador do RG  
\_\_\_\_\_ e CPF \_\_\_\_\_, matriculado regularmente no Programa de Residência  
\_\_\_\_\_, da Universidade Franciscana-UFN,  
declaro para os devidos fins **não** cursar outro Programa de Residência em Saúde de qualquer instituição. Declaro ainda  
que estou ciente de que o não cumprimento deste termo implica no cancelamento da bolsa concedida.

Por ser verdade, firmo a presente.

Santa Maria (RS), \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Candidato