

**UNIVERSIDADE FRANCISCANA
PRÓ-REITORIA ACADÊMICA****EDITAL Nº 06/2020
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, 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)

2 INSCRIÇÃO

A inscrição será realizada exclusivamente pela internet, no período de **06 a 10 de março 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 10/03/2020**. 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 no período de **06 a 10 de março 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.

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 **11 de março de 2020** e será divulgada no endereço eletrônico www.ufn.edu.br, no período da manhã.

Observação:

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

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 11 de março de 2020, às 14:00 horas, na sala 806 do Prédio 17, Conjunto III da Universidade Franciscana.

Divulgação do gabarito da prova: dia 11 de março de 2020, às 18 horas, através do site da Universidade Franciscana.

Data para recursos contra gabarito da prova: dia 12 de março de 2020, no turno da manhã. Modelo de recurso em ANEXO II.

Divulgação do gabarito final da prova: será no dia 12 de março de 2020, após às 14 horas.

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, escolher-se-á o candidato com maior idade.

4 RESULTADO FINAL

O resultado final do processo seletivo será divulgado no dia **13 de março de 2020**, no período da manhã, no endereço eletrônico www.ufn.edu.br.

O candidato suplente **somente será convocado através do endereço eletrônico da Universidade Franciscana** – www.ufn.edu.br. O suplente convocado deverá respeitar a data de realização da matrícula, informada na convocação, sob pena de perdê-la, sendo chamado o seguinte, obedecendo a ordem de classificação.

5 MATRÍCULA

O candidato classificado deverá realizar a matrícula no dia **13 de março de 2019**, na Central de Atendimento, Rua dos Andradas, nº 1614, Prédio 2 – Conjunto I, **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 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	06/03/2020
b) Término das inscrições	10/03/2020
c) Data limite para pagamento da taxa de inscrição	10/03/2020
d) Período para envio dos documentos para seleção	De 06/03/2020 a 10/03/2020
e) Homologação das inscrições	11/03/2020
f) Divulgação do Resultado	12/03/2020
g) Matrícula dos selecionados	13/03/2020
h) Chamada de Suplentes	A partir de 13/03/2020
i) Início das aulas	17/03/2020

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, 06 de março 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