



SECRETARIA MUNICIPAL DE NEGÓCIOS DA SAÚDE.

DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE SAÚDE

Av. Carlos Fernandes, 766, Centro - Cx Postal 5-Fone: (16) 3832 0193- Fax (16) 3832 0183
CEP 14610-000 - I P U Ã – Estado de São Paulo E-mail:residenciamedica19@gmail.com

PROCESSO DE SELEÇÃO PARA RESIDÊNCIA MÉDICA 2021

A PREFEITURA MUNICIPAL DE IPUÃ, Estado de São Paulo, em parceria com a UNIVERSIDADE DE FRANCA- UNIFRAN, torna públicas as inscrições para seleção dos candidatos ao preenchimento de vagas para Médicos Residentes no Programa de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade, credenciados pela Comissão Nacional de Residência Médica – CNRM/MEC, de acordo com o presente Edital, que será publicado no site da Prefeitura Municipal de Ipuã www.ipua.sp.gov.br. No uso das atribuições estatutárias e regimentais, fazem saber que no período de 01/12/2020 a 31/12/2020, estarão abertas as inscrições para seleção de candidatos ao preenchimento de vagas para Médicos Residentes no Programa de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade 2021. O Processo Seletivo de ingresso reger-se-á pela legislação em vigor e Resoluções complementares pertinentes, da Comissão Nacional de Residência Médica – CNRM.



SECRETARIA MUNICIPAL DE NEGÓCIOS DA SAÚDE.

DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE SAÚDE

Av. Carlos Fernandes, 766, Centro - Cx Postal 5-Fone: (16) 3832 0193- Fax (16) 3832 0183
CEP 14610-000 - I P U Ã – Estado de São Paulo E-mail:residenciamedica19@gmail.com

I - DO PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MÉDICA EM SAÚDE DE FAMÍLIA E COMUNIDADE.

De acordo com a Resolução vigente:

Nome do Programa	Duração	Vagas Oferecidas/Ano
Medicina de Família e Comunidade	2 anos	3/R1

II- REQUISITOS BÁSICOS PARA ADMISSÃO NO PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MÉDICA.

2.1. Ter diploma, certificado ou declaração de conclusão do curso de graduação em Medicina emitido por instituição de ensino superior reconhecida pelo Ministério da Educação (MEC).

2.2. O médico graduado em instituição estrangeira deverá apresentar diploma revalidado conforme as leis nacionais vigentes. Será exigido também a apresentação de visto de permanência no Brasil que autoriza o candidato a exercer as atividades do programa de Residência Médica.



SECRETARIA MUNICIPAL DE NEGÓCIOS DA SAÚDE.

DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE SAÚDE

Av. Carlos Fernandes, 766, Centro - Cx Postal 5-Fone: (16) 3832 0193- Fax (16) 3832 0183
CEP 14610-000 - I P U Ã – Estado de São Paulo E-mail:residenciamedica19@gmail.com

III - BOLSA

3.1. O candidato aprovado no Programa de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade terá direito a uma Bolsa, de acordo com o estabelecido pelo Ministério da Saúde, que estará sujeita a descontos e retenções tributárias e previdenciárias, nos termos da lei.

3.2. Além da Bolsa fornecida pelo Ministério da Saúde, o residente receberá um auxílio no valor de 3.000 (três mil) reais disponibilizados pela Prefeitura Municipal de Ipuã.

IV-INSCRIÇÃO

4.1 A inscrição do candidato implicará o conhecimento e a tácita aceitação das normas e condições estabelecidas neste Edital, em relação às quais não poderá alegar desconhecimento.

4.2 O candidato terá a sua inscrição efetivada mediante o preenchimento do formulário de inscrição que encontra-se no endereço eletrônico da Prefeitura Municipal de Ipuã (www.ipua.sp.gov.br) entre o dia 01/12/2020, até às 23 horas e 59 minutos do dia 31/12/2020, considerado o horário de Brasília-DF. Serão indeferidas as inscrições realizadas após o dia 31/12/2020.

4.3. Após finalizar a inscrição o candidato receberá no e-mail informado um comprovante de inscrição.

4.4 Serão considerados itens obrigatórios no preenchimento do formulário de inscrição:

a) Número do Cadastro de Pessoa Física (CPF);



SECRETARIA MUNICIPAL DE NEGÓCIOS DA SAÚDE.

DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE SAÚDE

Av. Carlos Fernandes, 766, Centro - Cx Postal 5-Fone: (16) 3832 0193- Fax (16) 3832 0183
CEP 14610-000 - I P U Ã – Estado de São Paulo E-mail:residenciamedica19@gmail.com

- b) Número da Cédula de Identidade (RG), órgão emissor e data de expedição;
- c) Nome Completo;
- d) Sexo;
- e) Data de Nascimento;
- f) Estado Civil;
- g) Nome da mãe;
- h) Nacionalidade;
- i) Naturalidade;
- j) Endereço completo: logradouro, número, bairro, município, UF e CEP;
- k) E-mail;
- l) Telefone de contato e telefone celular;
- m) Portador de deficiência.

Item Opcional:

- a) Número de Registro no Conselho;
- b) UF do Registro no Conselho.

4.5. O candidato é responsável pelas informações prestadas, arcando com as consequências de eventuais erros. A inscrição em desacordo com este Edital será anulada em qualquer época, resultando na eliminação sumária do candidato, na exclusão do seu nome da relação de aprovados e na perda de todos os direitos decorrentes, mesmo que tenha ocorrido a homologação do resultado final.

4.6. Conforme Resolução CNRM 02/2005, artigo 56, é vedado ao médico residente repetir programa de Residência Médica, em Especialidade que já



SECRETARIA MUNICIPAL DE NEGÓCIOS DA SAÚDE.

DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE SAÚDE

Av. Carlos Fernandes, 766, Centro - Cx Postal 5-Fone: (16) 3832 0193- Fax (16) 3832 0183
CEP 14610-000 - I P U Ã – Estado de São Paulo E-mail:residenciamedica19@gmail.com

tenha anteriormente concluído, em Instituição do mesmo ou de qualquer outro Estado da Federação.

4.7. A Prefeitura Municipal de Ipuã, Secretaria Municipal de Saúde, não se responsabilizará por pedidos de inscrição que deixarem de ser concretizados por motivos de ordem técnica de computadores, falhas de comunicação, congestionamento das linhas de comunicação, problemas técnicos da rede.

4.8. O candidato ao inscrever-se, declara sob as penas da lei que, após a seleção no processo seletivo e no ato da matrícula, atenderá os pré-requisitos e satisfazer as condições exigidas para cursar o programa de Residência Médica.

4.9. A inscrição e aprovação no processo seletivo não garantem a efetivação da matrícula do candidato no programa de Residência Médica pretendido. Tal efetivação estará condicionada a apresentação do registro no Conselho Regional de Medicina do Estado e demais documentos relacionados no item XIV deste Edital: Documentos para Matrícula (Resolução CNRM nº 04/2007).

V-SOLICITAÇÃO DE ATENDIMENTO ESPECIAL

5.1. O candidato, portador de deficiência ou não, que necessitar de atendimento especial para a realização da prova deverá obrigatoriamente solicitá-lo e indicar os recursos especiais necessários e, ainda, enviar, até o dia **20/12/2020**, impreterivelmente, via SEDEX, endereçada à Aloísio Eugênio Cavasini Filho coordenador da COREME, Rua José Bonifácio, 181 – Centro – Ipuã-SP, CEP: 14.610-000, o laudo médico que justifique o



SECRETARIA MUNICIPAL DE NEGÓCIOS DA SAÚDE.

DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE SAÚDE

Av. Carlos Fernandes, 766, Centro - Cx Postal 5-Fone: (16) 3832 0193- Fax (16) 3832 0183
CEP 14610-000 - I P U Ã – Estado de São Paulo E-mail:residenciamedica19@gmail.com

atendimento especial solicitado. Após esse período, a solicitação será indeferida, salvo nos casos de força maior. A solicitação de condições especiais deverá ser atendida segundo os critérios de viabilidade e de razoabilidade. A relação dos candidatos que tiverem o seu atendimento especial deferido será divulgada pela Comissão de Exames.

5.2. A candidata que tiver necessidade de amamentar durante a realização da prova, além de solicitar atendimento especial para tal fim, deverá levar um acompanhante, que ficará em sala reservada para essa finalidade e que será responsável pela guarda da criança. A candidata que não levar acompanhante não realizará a prova.

VI. PROVA OBJETIVA

6.1. Os candidatos à admissão em Programa de Residência Médica deverão se submeter ao processo de seleção pública, obedecendo aos seguintes critérios:

6.2. Prova Escrita com peso 90% (caráter eliminatório e classificatório) e Avaliação de Currículo com peso 10% (caráter classificatório).

6.3. PRIMEIRA ETAPA: Prova Objetiva.

6.4. DATA: 08/01/2021 (Sexta-feira).

6.5. LOCAL: EMEB Vereador Alberto Conrado: Av. Carlos Fernandes, 1015- Centro, Ipuã -SP.

6.6. HORÁRIO 08:30.

6.7. A prova teórica escrita será composta por 50 (cinquenta) questões objetivas, com duração de 3 (três) horas a partir do início da prova,



SECRETARIA MUNICIPAL DE NEGÓCIOS DA SAÚDE.

DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE SAÚDE

Av. Carlos Fernandes, 766, Centro - Cx Postal 5-Fone: (16) 3832 0193- Fax (16) 3832 0183
CEP 14610-000 - I P U Ã – Estado de São Paulo E-mail:residenciamedica19@gmail.com

versando sobre os conhecimentos adquiridos no curso de graduação em Medicina, distribuídos igualmente entre Clínica Médica, Cirurgia Geral, Ginecologia/Obstetrícia, Pediatria e Medicina Preventiva e Social (Saúde Coletiva e Medicina de Família e Comunidade), conforme Resolução CNRM 02/2015.

6.8 O candidato deverá permanecer no local de realização da prova por, pelo menos, 60 (sessenta) minutos, após o início da mesma.

VII. CONDIÇÕES PARA REALIZAÇÃO DA PROVA

7.1. Estar inscrito no Processo Seletivo.

7.2. Na prova objetiva o candidato deverá comparecer munido de Cédula de Identidade original ou Carteira do Conselho Regional de Medicina (CRM) ou Documento original com foto.

7.3. No caso de perda ou roubo do documento de identificação, o candidato deverá apresentar certidão que ateste o registro da ocorrência em órgão policial expedida há, no máximo, 30 (trinta) dias da data da realização da prova objetiva.

7.4. O candidato deverá comparecer ao local da prova pelo menos 60 (sessenta) minutos antes do horário programado para início da prova, munido de caneta esferográfica preta ou azul, de material transparente. Após o início da prova nenhum candidato poderá ter acesso à sala de aula e será automaticamente excluído do Processo Seletivo.

7.5. Devido a pandemia pelo COVID-19 todos os candidatos deverão OBRIGATORIAMENTE usar máscara de proteção individual para



SECRETARIA MUNICIPAL DE NEGÓCIOS DA SAÚDE.

DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE SAÚDE

Av. Carlos Fernandes, 766, Centro - Cx Postal 5-Fone: (16) 3832 0193- Fax (16) 3832 0183
CEP 14610-000 - I P U Ã – Estado de São Paulo E-mail:residenciamedica19@gmail.com

realização da prova objetiva, o não cumprimento do estabelecido acarretará a exclusão do mesmo do Processo Seletivo.

7.6. No dia da realização da prova, na hipótese de o nome do candidato não constar nas listagens oficiais, a Instituição aplicadora procederá a inclusão do candidato, mediante a apresentação do comprovante de inscrição. A inclusão de que trata este item será realizada de forma condicional e será analisada pela Instituição, com o intuito de se verificar a pertinência da referida inscrição.

7.7. Os eventuais erros observados nos documentos impressos, entregues ao candidato no dia da realização das provas, quanto a nome, número de documento de identidade, sexo, data de nascimento, etc., deverão ser corrigidos somente no dia da respectiva prova em formulário específico.

7.8. Na prova objetiva todos os candidatos deverão devolver, obrigatoriamente, o caderno de questões. A não devolução do caderno de questões que será personalizado implicará na anulação da prova do candidato.

7.9. O não comparecimento do candidato à prova acarretará na sua eliminação do Processo Seletivo.

7.10. Não serão computadas questões não assinaladas, questões que contenham mais de uma resposta, emenda ou rasura, ainda que legível.

7.11. Não haverá substituição do caderno de respostas por erro do candidato.

7.12. Durante a realização da prova não serão permitidas consultas de nenhuma espécie em livros, revistas ou folhetos, nem uso de máquinas calculadoras e celulares, ou a utilização de qualquer objeto eletrônico.

7.13. Estará desclassificado do Processo Seletivo o candidato que usar de fraude ou atentar contra a disciplina durante a realização da prova objetiva.



SECRETARIA MUNICIPAL DE NEGÓCIOS DA SAÚDE.

DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE SAÚDE

Av. Carlos Fernandes, 766, Centro - Cx Postal 5-Fone: (16) 3832 0193- Fax (16) 3832 0183
CEP 14610-000 - I P U Ã – Estado de São Paulo E-mail:residenciamedica19@gmail.com

7.14. Os pertences pessoais dos candidatos, tais como: bolsas, sacolas, bonés, chapéus, gorros ou similares, qualquer tipo de relógio, óculos escuros ou equipamentos eletrônicos, deverão ser lacrados pelo candidato, antes do início das provas, utilizando saco plástico e etiqueta, fornecidos pela instituição aplicadora exclusivamente para tal fim. Os aparelhos eletrônicos deverão ser desligados pelo candidato, antes de serem lacrados. Caso o celular ou aparelho eletrônico toque durante a realização da prova o candidato será desclassificado do Processo Seletivo. Os pertences pessoais lacrados serão acomodados em local a ser indicado pelos monitores da sala de prova, onde deverão ficar durante todo o período de permanência dos candidatos no local de prova. A instituição aplicadora não se responsabilizará por perda ou extravio de documentos, objetos ou equipamentos eletrônicos ocorridos no local de realização das provas, nem por danos neles causados.

7.15. Os aparelhos eletrônicos deverão permanecer lacrados e desligados até a saída do candidato do local de realização da prova.

7.16. O candidato, ao terminar a prova, entregará ao fiscal, juntamente com a folha de respostas, seu caderno de questões personalizado.

7.17. Não haverá, por qualquer motivo, prorrogação dos tempos previstos das provas.

7.18. Ao candidato só será permitida a realização da prova no respectivo local especificado neste edital.



SECRETARIA MUNICIPAL DE NEGÓCIOS DA SAÚDE.

DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE SAÚDE

Av. Carlos Fernandes, 766, Centro - Cx Postal 5-Fone: (16) 3832 0193- Fax (16) 3832 0183
CEP 14610-000 - I P U Ã – Estado de São Paulo E-mail:residenciamedica19@gmail.com

VIII-CRITÉRIO DE DESEMPATE

O critério de desempate será feito seguindo a ordem:

- a) maior nota obtida na Prova Objetiva;
- b) maior nota na Avaliação do Currículo;
- c) maior idade, em anos e meses.

IX-AVALIAÇÃO DO CURRÍCULO

9.1. No dia da prova objetiva o candidato deverá entregar a cópia dos comprovantes do currículo em um envelope identificado e lacrado.

9.2. O histórico escolar deverá ser entregue **OBRIGATORIAMENTE** com a cópia dos comprovantes do currículo.

9.3. A análise do currículo será realizada por membros da COREME com valor máximo de 10% do total da nota (etapa classificatória).

9.4. Candidatos que fizerem jus ao bônus do **Programa de Valorização da Atenção Básica (PROVAB)** terão o mesmo adicionado à sua nota final do Processo Seletivo equivalente a 10% (dez por cento) do total de pontos obtido nas fases do certame conforme normativa da CNRM.

9.5. A pontuação adicional que trata esse artigo não poderá elevar a nota final do candidato para além da nota máxima prevista pelo Edital do Processo Seletivo.

9.6. O candidato que deseja fazer jus a bonificação do **PROVAB** deverá apresentar declaração, emitida pelo Ministério da Saúde, de conclusão ou de



SECRETARIA MUNICIPAL DE NEGÓCIOS DA SAÚDE.

DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE SAÚDE

Av. Carlos Fernandes, 766, Centro - Cx Postal 5-Fone: (16) 3832 0193- Fax (16) 3832 0183
CEP 14610-000 - I P U Ã – Estado de São Paulo E-mail:residenciamedica19@gmail.com

estar participando do **PROVAB**, com data da previsão de termino até 28/02/2021.

9.7. A declaração que trata o item anterior deverá ser entregue juntamente com os documentos comprobatórios do currículo no dia da prova objetiva.

9.8. Será analisado currículo dos candidatos que atingirem percentual de acerto igual ou superior a 50% da prova objetiva.

Os itens a serem avaliados e seus respectivos pesos estão relacionados a seguir:



SECRETARIA MUNICIPAL DE NEGÓCIOS DA SAÚDE.

DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE SAÚDE

Av. Carlos Fernandes, 766, Centro - Cx Postal 5-Fone: (16) 3832 0193- Fax (16) 3832 0183
CEP 14610-000 - I P U Ã – Estado de São Paulo E-mail:residenciamedica19@gmail.com

TABELA 1

Itens Analisados no Currículo	Observações	Pontuação Máxima
Publicações em revistas nacionais e internacionais indexadas.	A) -Como autor: 0,5 por trabalho. B) -Como coautor: 0,25 por trabalho.	1.5
Trabalhos científicos apresentados em congressos estudantis e/ou congressos médicos na forma de tema livre e/ou pôster.	A pontuação é contada por trabalho e não por evento. A) - Como autor de pôster: 0,3 por trabalho. B) - Como autor de tema livre: 0,2 por trabalho. C) - Como coautor de pôster ou tema livre: 0,2 por trabalho	1.2
Atividades de Extensão Universitária, Bolsa de Iniciação Científica, Programa Especial de Treinamento (PET) na área médica e Ciências sem Fronteiras	0,5 por evento	1.5
Monitoria Oficial: Aprovado por concurso e certificado.	0,25 por evento	1,0



SECRETARIA MUNICIPAL DE NEGÓCIOS DA SAÚDE.

DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE SAÚDE

Av. Carlos Fernandes, 766, Centro - Cx Postal 5-Fone: (16) 3832 0193- Fax (16) 3832 0183
CEP 14610-000 - I P U Ã – Estado de São Paulo E-mail:residenciamedica19@gmail.com

Representação Estudantil (Diretório Acadêmico, Atlética, DENEM, Ligas Acadêmicas)	0,25 por evento (Membro ativo com comprovação emitida pela IES de origem)	1,0
Participação em Congressos, Jornadas, Simpósios da área de interesse médico.	0,20 por evento	0,8
Carga horária curricular em Programas de Atenção Primária à Saúde/Medicina de Família e Comunidade superiores a 600 horas.	Documentação comprobatória emitida pela Instituição de Origem.	1.5
Carga horária curricular em Urgências e Emergências em ambiente acadêmico superiores a 150 horas.	Documentação comprobatória emitida pela Instituição de Origem.	1,0
Línguas Estrangeiras	Documentação comprobatória emitida pela Instituição de Origem. Leitura, Escrita e Fala.	0,5



SECRETARIA MUNICIPAL DE NEGÓCIOS DA SAÚDE.

DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE SAÚDE

Av. Carlos Fernandes, 766, Centro - Cx Postal 5-Fone: (16) 3832 0193- Fax (16) 3832 0183
CEP 14610-000 - I P U Ã – Estado de São Paulo E-mail:residenciamedica19@gmail.com

X. DIVULGAÇÃO DO GABARITO:

Serão divulgados a partir de **08/01/2021**, exclusivamente, no endereço eletrônico www.ipua.sp.gov.br, após às 14:00 horas.

XI. DIVULGAÇÃO DO RESULTADO DA PROVA OBJETIVA E AVALIAÇÃO DO CURRÍCULO:

Serão divulgados a partir de **15/01/2021**, exclusivamente, no endereço eletrônico www.ipua.sp.gov.br.

XII. RECURSOS

12.1. Será admitido recurso quando:

a) Após publicação do Resultado Final da PROVA OBJETIVA E AVALIAÇÃO DO CURRÍCULO.

b) Sendo realizado o recurso na data de 18/01/2021 e 19/01/2021.

12.2. A interposição de recursos deverá ser protocolada, pessoalmente ou por procurador legalmente constituído junto à Instituição organizadora do Processo Seletivo, localizada à Rua José Bonifácio, 181 – Centro – Ipuã-SP, CEP: 14.610-000, no horário das 7 horas até às 11 horas e das 13:00 horas até às 16:00 horas (horário de Brasília) endereçada à Aloísio Eugênio Cavasini Filho, Coordenador da COREME- Ipuã-SP.



SECRETARIA MUNICIPAL DE NEGÓCIOS DA SAÚDE.

DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE SAÚDE

Av. Carlos Fernandes, 766, Centro - Cx Postal 5-Fone: (16) 3832 0193- Fax (16) 3832 0183
CEP 14610-000 - I P U Ã – Estado de São Paulo E-mail:residenciamedica19@gmail.com

12.3. Será aceito somente um Recurso da divulgação dos resultados por candidato.

XIII. RESULTADO FINAL E MATRÍCULA

13.1. O resultado final será divulgado no endereço eletrônico www.ipua.sp.gov.br, no dia **25/01/2021**.

13.2. A classificação final dos candidatos será por ordem decrescente da nota final que consiste na soma da avaliação da prova objetiva (90%) e da análise curricular (10%).

13.3. A matrícula dos candidatos aprovados será efetuada na seguinte localização **Rua José Bonifácio, 181 – Centro – Ipuã-SP, nos dias 27/01/2021 a 01/02/2021, das 7 horas às 11 horas e das 13:00 horas às 16:00 horas (horário de Brasília).**

13.4. Após este período, os aprovados não matriculados perderão automaticamente o direito à vaga.

13.5. Após a publicação do resultado, os candidatos selecionados deverão realizar matrícula nos dias informados. Após a data final da matrícula, serão convocados os candidatos aprovados na ordem de classificação final, que terão prazo estabelecido e divulgado no site da Prefeitura Municipal de Ipuã (www.ipua.sp.gov.br) para efetuar a matrícula. O candidato que não se apresentar no prazo estipulado será considerado desistente e, portanto, desclassificado.



SECRETARIA MUNICIPAL DE NEGÓCIOS DA SAÚDE.

DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE SAÚDE

Av. Carlos Fernandes, 766, Centro - Cx Postal 5-Fone: (16) 3832 0193- Fax (16) 3832 0183
CEP 14610-000 - I P U Ã – Estado de São Paulo E-mail:residenciamedica19@gmail.com

XIV. DOCUMENTOS NECESSÁRIOS PARA A MATRÍCULA

14.1. O candidato aprovado deverá apresentar os documentos necessários para efetivar a matrícula pessoalmente ou por procurador oficialmente constituído. **Entregar CÓPIA de todos os documentos relacionados abaixo:**

- a) cópia da carteira do CRM;
- b) 1 foto 3x4 (recente);
- c) cópia do comprovante de endereço;
- d) cópia do RG;
- e) cópia do CPF;
- f) cópia do título de eleitor;
- g) histórico escolar do curso médico;
- h) declaração do número de PIS/PASEP (este documento pode ser requisitado na Caixa Econômica Federal);
- i) cópia de antecedentes criminais;
- j) cópia da carteira de vacinação atualizada;
- k) cópia da Apólice de Seguro do Ramo de Acidentes Pessoais e Coletivos;
- l) cópia do comprovante de conta bancária com número da conta salário e agência (para depósito da bolsa do Ministério da Saúde);
- m) cópia do comprovante de conta bancária com número da conta corrente e agência (para depósito do auxílio da Prefeitura);
- n) Diploma de Médico ou Declaração da Instituição de Ensino de que o candidato cursou a última série ou período do Curso Médico. O candidato



SECRETARIA MUNICIPAL DE NEGÓCIOS DA SAÚDE.

DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE SAÚDE

Av. Carlos Fernandes, 766, Centro - Cx Postal 5-Fone: (16) 3832 0193- Fax (16) 3832 0183
CEP 14610-000 - I P U Ã – Estado de São Paulo E-mail:residenciamedica19@gmail.com

que se inscreveu na condição de concluinte do curso de medicina, no ato da matrícula deverá comprovar a conclusão do curso médico, por meio de documento oficial, expedido pela instituição de ensino responsável pelo curso de Medicina correspondente. A declaração de conclusão do curso médico será aceita a título provisório, para fins de matrícula do candidato. No entanto, o diploma deverá ser apresentado pelo Médico Residente durante os primeiros 180 dias de início do Programa de Residência Médica, sob pena de não lhe ser deferida a matrícula para o ano seguinte, e o respectivo registro no Conselho;

o) Ficha de Matrícula que será disponibilizada no ato da matrícula para devido preenchimento pelo candidato.

XV. DISPOSIÇÕES GERAIS

15.1. Ocorrendo convocação do candidato aprovado para o Serviço Militar ou Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica do Governo Federal, será aceito o trancamento da vaga para o próximo ano, conforme legislação vigente.

15.2. Os currículos dos candidatos não aprovados poderão ser retirados em até 60 dias após o início dos programas de Residência Médica em 2021. Após este período os documentos citados serão incinerados.

15.3. O candidato matriculado que não comparecer no prazo de 48 horas após a data do início das atividades será considerado desistente e automaticamente eliminado do Processo Seletivo, sendo convocado o próximo candidato da lista classificatória.



SECRETARIA MUNICIPAL DE NEGÓCIOS DA SAÚDE.

DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE SAÚDE

Av. Carlos Fernandes, 766, Centro - Cx Postal 5-Fone: (16) 3832 0193- Fax (16) 3832 0183
CEP 14610-000 - I P U Ã – Estado de São Paulo E-mail:residenciamedica19@gmail.com

15.4. O Concurso de Residência Médica segue as normas estipuladas pelo Regimento Interno da COREME e Resoluções da Comissão Nacional de Residência Médica.

XVI. DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

16.1. O candidato poderá se inscrever, condicionalmente, com Atestado de Conclusão do Curso. Se aprovado, caso o diploma não tenha ainda sido registrado, poderá ser feita a matrícula provisória com declaração comprobatória de conclusão do curso.

16.2. O candidato deverá, dentro do prazo de 180 dias, a contar da data do início do Programa apresentar o Diploma de Graduação em Medicina devidamente registrado e acompanhado do número do CRM/SP (Conselho Regional de Medicina de São Paulo). Caso contrário, será automaticamente desligado do programa.

16.3. Os casos omissos serão resolvidos pela COREME local, Comissão Estadual de Residência Médica (CEREM) e Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM), conforme suas competências, se necessário.



SECRETARIA MUNICIPAL DE NEGÓCIOS DA SAÚDE.

DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE SAÚDE

Av. Carlos Fernandes, 766, Centro - Cx Postal 5-Fone: (16) 3832 0193- Fax (16) 3832 0183
CEP 14610-000 - I P U Ã – Estado de São Paulo E-mail:residenciamedica19@gmail.com

XVII. CRONOGRAMA DO PROCESSO SELETIVO

ETAPAS	DATAS
Inscrições	01/12/2020 a 31/12/2020
Data da Prova Objetiva	08/01/2021
Divulgação do Gabarito da Prova Objetiva	08/01/2021
Divulgação do Resultado da Prova Objetiva e Avaliação do Currículo	15/01/2021
Prazo para Recursos Contra o Resultado da Prova Objetiva e Avaliação do Currículo	18/01/2021 e 19/01/2021
Resultado final	25/01/2021
Matrícula	27/01/2021 a 01/02/2021
Início do Programa	01/03/2021
Prazo Máximo para Chamadas Sucessivas	31/03/2021

Ipuã, 01 de Dezembro de 2020.

Ivana Clemente Castro
Secretária Municipal de Saúde

Aloísio Eugênio Cavasini Filho
Coordenador da COREME



SECRETARIA MUNICIPAL DE NEGÓCIOS DA SAÚDE.

DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE SAÚDE

Av. Carlos Fernandes, 766, Centro - Cx Postal 5-Fone: (16) 3832 0193- Fax (16) 3832 0183
CEP 14610-000 - I P U Ã – Estado de São Paulo E-mail:residenciamedica19@gmail.com

REQUERIMENTO DE PROVA ESPECIAL OU CONDIÇÃO ESPECIAL

Eu, _____
inscrição nº _____, e CPF
nº _____, venho requerer para o Processo
de Seleção 01/2021:

- Prova em Braile/Fiscal Ledor
 – Prova Ampliada – Prova com Ledor
 - Prova com Interprete de Libras

Outros: _____

Em ____/____/2020.

Assinatura do candidato (a) _____

Obs.: O laudo médico e a solicitação de prova especial ou condição especial
(se for o caso) deverão ser postados até o dia 20 de dezembro de 2020.