



**SECRETARIA MUNICIPAL DE NEGÓCIOS DA SAÚDE**

**DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE SAÚDE**

Rua José Bonifácio nº 181, Centro - Cx Postal 5-Fone: Fone/Fax (16) 3832 0183

CEP 14610-000 - I P U Ã – Estado de São Paulo E-mail:  
[saudeipua@netsite.com.br](mailto:saudeipua@netsite.com.br)

**PROCESSO DE SELEÇÃO PARA RESIDÊNCIA MÉDICA 2018**

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](http://www.ipua.sp.gov.br).

No uso das atribuições estatutárias e regimentais, fazem saber que no período de 21/12/2017 a 07/01/2018, 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 2018. O Processo Seletivo de ingresso reger-se-á pela legislação em vigor e Resoluções complementares pertinentes, da Comissão Nacional de Residência Médica – CNRM.

A interposição de recursos sobre o presente Edital deverá ser protocolada, pessoalmente ou por procurador devidamente constituído, junto à Secretaria Municipal de Saúde de Ipuã- SP, localizada à Av. Carlos Fernandes, 766 – Centro – Ipuã-SP, CEP: 14.610-000, no horário das 9 horas às 13 horas, até 02 (dois) dias após sua divulgação, a ocorrer no dia 25/01/2018.

**I - DO PROGRAMA DE RESIDÊNCIA EM MEDICINA DE SAÚDE DA FAMÍLIA E COMUNIDADE**

De acordo com a Resolução vigente:



**SECRETARIA MUNICIPAL DE NEGÓCIOS DA SAÚDE**

**DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE SAÚDE**

Rua José Bonifácio nº 181, Centro - Cx Postal 5-Fone: Fone/Fax (16) 3832 0183

CEP 14610-000 - I P U Ã – Estado de São Paulo E-mail:  
[saudeipua@netsite.com.br](mailto:saudeipua@netsite.com.br)

<b>Nome do Programa</b>	<b>Duração</b>	<b>Vagas oferecidas/Ano</b>	<b>Situação do programa</b>	<b>Pré-requisito</b>
Medicina da família e comunidade	2 anos	3 /R1	Aprovado Ativo	Superior completo em medicina

**DAS INSCRIÇÕES**

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.

2. A inscrição será efetuada, através da ficha de inscrição que se encontra no site da Prefeitura Municipal Ipuã, ([www.ipua.sp.gov.br](http://www.ipua.sp.gov.br)), preencher corretamente, scanear e enviar para o e-mail, **saudeipua@netsite.com.br**, período compreendido entre o dia 07/01/2018, até às 23 horas e 59 minutos do dia 07/01/2018, considerado o horário de Brasília-DF. Serão indeferidas as inscrições realizadas após o dia 07/01/2018.

3. O candidato inscrito estará declarando sob as penas da lei que concluiu o curso de graduação em Medicina, devidamente autorizado e reconhecido pelo Ministério da Educação - MEC, ou irá concluí-lo até a data de matrícula no Programa pretendido, ou obteve revalidação do seu diploma segundo as leis nacionais vigentes.

4. Serão considerados itens obrigatórios no preenchimento da ficha de inscrição:

- a) Número do Cadastro de Pessoa Física (CPF);
- b) Sexo
- c) Nome Completo



**SECRETARIA MUNICIPAL DE NEGÓCIOS DA SAÚDE**

**DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE SAÚDE**

Rua José Bonifácio nº 181, Centro - Cx Postal 5-Fone: Fone/Fax (16) 3832 0183

CEP 14610-000 - I P U Ã – Estado de São Paulo E-mail:  
[saudeipua@netsite.com.br](mailto:saudeipua@netsite.com.br)

- d) Filiação
- e) Data de Nascimento
- f) Estado Civil
- e) Nacionalidade
- f) Cor / Origem Étnica
- g) UF da Naturalidade e Naturalidade
- h) Grupo Sanguíneo
- i) PIS/PASEP
- j) Título de Eleitor
- k) Número da Cédula de Identidade (RG) e estado da federação, órgão emissor e data de expedição;
- l) Endereço de e-mail;
- m) Telefone de contato e telefone celular;
- n) Escolaridade
- o) Data do primeiro emprego
- p) Endereço completo: logradouro, número, CEP, bairro, UF, município
- q) Profissão
- r) Dados bancários:
- s) Instituição de Ensino onde o candidato graduou-se;

5. O candidato poderá inscrever-se apenas em um Programa de Residência Médica. É vedada a qualquer título, a mudança de opção após a efetivação da inscrição.



**SECRETARIA MUNICIPAL DE NEGÓCIOS DA SAÚDE**

**DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE SAÚDE**

**Rua José Bonifácio nº 181, Centro - Cx Postal 5-Fone: Fone/Fax (16) 3832 0183**

**CEP 14610-000 - I P U Ã – Estado de São Paulo E-mail:  
[saudeipua@netsite.com.br](mailto:saudeipua@netsite.com.br)**

6. 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.

7. Conforme Resolução CNRM 02/2005, artigo 56, é vedado ao médico residente repetir programa de Residência Médica, em Especialidade que já tenha anteriormente concluído, em Instituição do mesmo ou de qualquer outro Estado da Federação.

8. Logo após efetuar a inscrição, o candidato deverá enviar para o endereço abaixo especificado, os seguintes documentos:

- a) cópia da cédula de identidade;
- b) cópia legível do cadastro de pessoa física – CPF;
- c) cópia do Comprovante de Inscrição no Conselho Regional de Medicina (para médicos já cadastrados);
- d) fotocópia do comprovante de estar em dia com o Serviço Militar (sexo masculino);
- e) 1 (uma) foto 3 x 4 recente;
- f) para o médico estrangeiro ou brasileiro que fez a graduação em Medicina no exterior, também serão exigidos cópia autenticada do comprovante de revalidação de diploma;
- g) cópia do Curriculum Vitae (com cópia simples dos comprovantes, sendo obrigatória a cópia do Diploma devidamente registrado e do Histórico Escolar do Curso de Medicina onde constem as informações sobre o Reconhecimento do Curso). No caso de recém-formados, o atestado ou certidão de colação de grau poderá ser apresentado



**SECRETARIA MUNICIPAL DE NEGÓCIOS DA SAÚDE**

**DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE SAÚDE**

**Rua José Bonifácio nº 181, Centro - Cx Postal 5-Fone: Fone/Fax (16) 3832 0183**

**CEP 14610-000 - I P U Ã – Estado de São Paulo E-mail:  
[saudeipua@netsite.com.br](mailto:saudeipua@netsite.com.br)**

provisoriamente em substituição ao diploma enquanto estiver sendo expedido, devendo o candidato, em caso de aprovação, apresentar cópia do Diploma em até 180 dias após o início das atividades do Programa ou Declaração da Instituição de Ensino onde se graduará com a data prevista para a colação de grau, desde que esteja inserida dentro dos prazos cabíveis na Lei.

h) documento expedido por órgão oficial que comprove a participação do candidato no PROVAB (Programa de Valorização da Atenção Básica) para fins de ajuste de bônus correspondente.

i. Entrega dos documentos pelo Correio a partir do dia 07/12/2018 até o dia 07/01/2018. O envio dos documentos poderá acontecer pelo serviço SEDEX, com Aviso de Recebimento (A.R.), aos cuidados da COREME – Comissão de Residência Médica da Secretaria Municipal de Saúde de Ipuã, para o seguinte endereço: Av. Carlos Fernandes, 766 – Centro – Ipuã-SP, CEP: 14.610-000, destacando no envelope o termo INSCRIÇÃO PARA RESIDÊNCIA MÉDICA 2018. Em nenhuma hipótese serão aceitas inscrições com data de postagem posterior a 07/01/2018. Será considerada válida a data da postagem constante no carimbo do SEDEX;

j. Entrega dos documentos in loco a partir do dia 07/12/2017 até o dia 07/01/2018. A entrega dos documentos listados no item 8 poderá ser realizada pessoalmente na Secretaria da COREME/ Medicina situada à Av. Carlos Fernandes, 766 – Centro – Ipuã-SP, CEP: 14.610-000.

k. A efetivação da inscrição somente ocorrerá após a entrega e confirmação de validade de todos os documentos exigidos no item 8 deste edital. OBS: O comprovante de pagamento do boleto bancário original deverá ser entregue dentro do prazo indicado no item i, juntamente com os documentos via correio ou in loco, pois é o comprovante de inscrição no processo seletivo. Confirmações de recebimento da inscrição e demais informações podem ser obtidas pelo telefone: (16) 3832-0183, ou pelo e-mail [saudeipua@netisite.com.br](mailto:saudeipua@netisite.com.br).



**SECRETARIA MUNICIPAL DE NEGÓCIOS DA SAÚDE**

**DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE SAÚDE**

Rua José Bonifácio nº 181, Centro - Cx Postal 5-Fone: Fone/Fax (16) 3832 0183

CEP 14610-000 - I P U Ã – Estado de São Paulo E-mail:  
[saudeipua@netsite.com.br](mailto:saudeipua@netsite.com.br)

l. 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 bancária ou outros fatores de ordem técnica que impossibilitem a transferência de dados e pagamento.

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

n. 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 VII deste Edital: Documentos para Matrícula (Resolução CNRM nº 04/2007).

o. 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 07/01/2018, impreterivelmente, via SEDEX, à Comissão de Exames de Residência Médica, Av. Carlos Fernandes, 766 – Centro – Ipuã-SP, CEP: 14.610-000, o laudo médico que justifique o 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.

q. 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.

**III. SELEÇÃO**



**SECRETARIA MUNICIPAL DE NEGÓCIOS DA SAÚDE**

**DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE SAÚDE**

Rua José Bonifácio nº 181, Centro - Cx Postal 5-Fone: Fone/Fax (16) 3832 0183

CEP 14610-000 - I P U Ã – Estado de São Paulo E-mail:  
[saudeipua@netsite.com.br](mailto:saudeipua@netsite.com.br)

3.1. Os candidatos à admissão em PRM deverão se submeter ao processo de seleção pública, obedecendo aos seguintes critérios:

3.2. Prova Escrita com peso 90% + currículo com peso 10%.

3.3. ETAPA: Prova Objetiva (peso 90%).

3.4. DATA: 18/01/2018 (Sábado)

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

3.6. HORÁRIO: 14 horas.

3.7. A prova teórica escrita será composta por 50 (cinquenta) questões objetivas, com duração de 4 horas a partir do início da prova, 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.

3.8. A análise do currículo será realizada por membros da COREME com valor máximo de 10% do total da nota. Os itens a serem avaliados e seus respectivos pesos estão relacionados a seguir:

<b>TABELA 1</b>		
<b>Itens Analisados no Currículo</b>	<b>Observações</b>	<b>Pontuação</b>
<b>Máximo</b>		
<b>Publicações</b> em revistas nacionais e internacionais indexadas.	A) -Como autor: 0,5 por trabalho. B) -Como coautor: 0,25 por trabalho.	1.5
<b>Trabalhos científicos</b> apresentados em congressos estudantis e/ou congressos	A pontuação é contada por trabalho e não por evento. A) - Como autor de pôster: 0,3 por	1.2



**SECRETARIA MUNICIPAL DE NEGÓCIOS DA SAÚDE**

**DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE SAÚDE**

Rua José Bonifácio nº 181, Centro - Cx Postal 5-Fone: Fone/Fax (16) 3832 0183

CEP 14610-000 - I P U Ã – Estado de São Paulo E-mail:  
[saudeipua@netsite.com.br](mailto:saudeipua@netsite.com.br)

médicos na forma de tema livre e/ou pôster.	trabalho. B) - Como autor de tema livre: 0,4 por trabalho. C) - Como coautor de pôster ou tema livre: 0,1 por	
<b>Atividades de extensão universitária e Bolsas de Iniciação Científica</b>	0,5 por evento	1,5
<b>Monitoria Oficial: Aprovado por concurso e certificado.</b>	0,25 por evento	1,0
<b>Representação Estudantil (Diretório Acadêmico, Atlético, DENEM, Ligas Acadêmicas)</b>	0,25 por evento (Membro ativo com comprovação emitida pela IES de origem)	1,0
<b>Participação em Congressos, Jornadas, Simpósios da área de interesse médico.</b>	0,20 por evento	0,8
<b>Carga horária curricular em Programas de Atenção Primária à Saúde/Medicina de Família e Comunidade superiores a 600 horas.</b>	Documentação comprobatória emitida pela Instituição de Origem.	1,5
<b>Carga horária curricular em Urgências e Emergências em ambiente acadêmico superiores a 150 horas.</b>	Documentação comprobatória emitida pela Instituição de Origem.	1,0
<b>Línguas Estrangeiras:</b>	Documentação comprobatória emitida pela Instituição de Origem. Leitura, escrita e fala.	0,5

**DIVULGAÇÃO DO RESULTADO DA PROVA OBJETIVA E ANÁLISE CURRICULAR:**

. Serão divulgados a partir de 30/01/2018, exclusivamente via on-line (Internet), no endereço eletrônico <http://www.ipua.sp.gov.br>, a partir das 10 horas.

**IV. CONDIÇÕES PARA REALIZAÇÃO DAS PROVAS**





**SECRETARIA MUNICIPAL DE NEGÓCIOS DA SAÚDE**

**DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE SAÚDE**

Rua José Bonifácio nº 181, Centro - Cx Postal 5-Fone: Fone/Fax (16) 3832 0183

CEP 14610-000 - I P U Ã – Estado de São Paulo E-mail:  
[saudeipua@netsite.com.br](mailto:saudeipua@netsite.com.br)

4.1. Estar inscrito no concurso com entrega do comprovante de inscrição. O candidato não poderá realizar a prova objetiva caso não tenha entregado todos os documentos referidos no item 9.

4.2. 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.

4.3. 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.

4.4. Só será analisado currículo dos candidatos que atingirem percentual de acerto igual ou superior a 50% da prova objetiva.

4.5. O não comparecimento do candidato à prova acarretará na sua eliminação do Concurso.

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

4.7. O candidato deverá comparecer ao local da prova pelo menos uma hora antes do horário programado para início da prova, munido de caneta esferográfica preta ou azul. Após o início da prova nenhum candidato poderá ter acesso à sala de aula e será automaticamente excluído do Processo Seletivo.

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

4.8. 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.

4.9. Estará desclassificado do processo seletivo o candidato que usar de fraude ou atentar contra a disciplina durante a realização das duas etapas.



**SECRETARIA MUNICIPAL DE NEGÓCIOS DA SAÚDE**

**DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE SAÚDE**

Rua José Bonifácio nº 181, Centro - Cx Postal 5-Fone: Fone/Fax (16) 3832 0183

CEP 14610-000 - I P U Ã – Estado de São Paulo E-mail:  
[saudeipua@netsite.com.br](mailto:saudeipua@netsite.com.br)

4.10. 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. Os pertences pessoais lacrados serão acomodados em local a ser indicado pelos professores 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.

4.11. Os aparelhos eletrônicos deverão permanecer lacrados e desligados até a saída do candidato do local de realização das provas.

4.12. O candidato, ao terminar a prova, entregará ao professor, juntamente com a Folha de Respostas, seu Caderno de Questões personalizado.

4.13. 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 comprovante de pagamento até data limite fixada pelo presente Edital. 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.

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

4.15. 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 das respectivas provas em formulário específico.



**SECRETARIA MUNICIPAL DE NEGÓCIOS DA SAÚDE**

**DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE SAÚDE**

Rua José Bonifácio nº 181, Centro - Cx Postal 5-Fone: Fone/Fax (16) 3832 0183

CEP 14610-000 - I P U Ã – Estado de São Paulo E-mail:  
[saudeipua@netsite.com.br](mailto:saudeipua@netsite.com.br)

4.16. Ao candidato só será permitida a realização da prova no respectivo local especificado neste Edital.

4.17. O critério de desempate será feito, sucessivamente, pelos seguintes critérios:

- a) maior nota obtida na Prova Objetiva;
- b) maior nota na Análise Curricular;
- c) maior idade, em anos e meses.

**V. RECURSOS**

5.1. Será admitido recurso quando:

a) Da publicação do Edital ou avisos pertinentes ao Concurso, com prazo estabelecido no preâmbulo deste Edital.

b) Da divulgação dos resultados finais, cujo prazo será de 2 (dois) dias úteis improrrogáveis após a ciência dos itens anteriores.

5.2. A interposição de recursos deverá ser protocolada, pessoalmente ou por procurador legalmente constituído junto à instituição organizadora do processo seletivo, localizada à Av. Carlos Fernandes, 766 – Centro – Ipuã-SP, CEP: 14.610-000, no horário das 9 horas até às 13 horas (horário de Brasília) endereçada ao Prof. Dr. Haroldo da Silva Santana, Supervisor da COREME- Ipuã-SP.

5.3. Será aceito somente um Recurso do Edital e um Recurso da divulgação dos resultados por candidato.

**VI. RESULTADO FINAL E MATRÍCULA**

6.1. O resultado final será divulgado pela Internet no endereço eletrônico <http://www.ipua.sp.gov.br>, a partir do dia 07/02/2018.



## SECRETARIA MUNICIPAL DE NEGÓCIOS DA SAÚDE

### DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE SAÚDE

Rua José Bonifácio nº 181, Centro - Cx Postal 5-Fone: Fone/Fax (16) 3832 0183

CEP 14610-000 - I P U Ã – Estado de São Paulo E-mail:  
[saudeipua@netsite.com.br](mailto:saudeipua@netsite.com.br)

6.2. 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%), a qual será informada pelo número de inscrição. Candidatos que fizerem jus ao bônus do Programa de Valorização da Atenção Básica (PROVAB) terão o mesmo adicionado à sua nota, conforme normativa da CNRM.

6.3. A matrícula dos candidatos aprovados será efetuada na Secretaria Municipal de Negócios da Saúde, localizada à Av. Carlos Fernandes, 766 – Centro – Ipuã-SP, no dia 07/02/2017 a 14/02/2018, das 7 horas às 12 horas e das 13:30 horas às 16:30 horas (horário de Brasília).

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

6.5. Após a publicação do resultado, os candidatos selecionados deverão realizar matrícula no dia informado. Após a data final da matrícula, serão convocados os candidatos APROVADOS, na ordem de classificação final, que terão prazo de 02 (dois) dias úteis para efetuar a matrícula. O candidato que não se apresentar neste prazo será considerado desistente e, portanto, desclassificado.

## VII. DOCUMENTOS NECESSÁRIOS PARA A MATRÍCULA

7.1. O candidato aprovado deverá apresentar os seguintes documentos na Secretaria da COREME pessoalmente ou por procurador oficialmente constituído. Entregar CÓPIA de todos os documentos relacionados abaixo:

- a) cópia da carteira do CRM;
- b) 2 fotos 3x4 (recentes);
- c) cópia do comprovante de endereço;
- d) duas cópias do RG;
- e) cópia do CPF;



**SECRETARIA MUNICIPAL DE NEGÓCIOS DA SAÚDE**

**DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE SAÚDE**

**Rua José Bonifácio nº 181, Centro - Cx Postal 5-Fone: Fone/Fax (16) 3832 0183**

**CEP 14610-000 - I P U Ã – Estado de São Paulo E-mail:  
[saudeipua@netsite.com.br](mailto:saudeipua@netsite.com.br)**

- 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 e agência (para depósito da bolsa).
- m) Diploma de Médico ou Declaração da Instituição de Ensino de que o candidato cursou a última série ou período do Curso Médico. O candidato 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.
- n) Ficha de Cadastro devidamente preenchida (disponível na COREME).



**SECRETARIA MUNICIPAL DE NEGÓCIOS DA SAÚDE**

**DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE SAÚDE**

Rua José Bonifácio nº 181, Centro - Cx Postal 5-Fone: Fone/Fax (16) 3832 0183

CEP 14610-000 - I P U Ã – Estado de São Paulo E-mail:  
[saudeipua@netsite.com.br](mailto:saudeipua@netsite.com.br)

**VIII. DISPOSIÇÕES GERAIS**

8.1. 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.

8.2. Os currículos dos candidatos não aprovados poderão ser retirados em até 60 dias após o início dos programas de Residência Médica em 2018. Após este período os documentos citados serão incinerados.

8.3. 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.

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

**IX - DAS DISPOSIÇÕES FINAIS**

9.1. 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.

9.2. 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.

9.3. O candidato deverá permanecer nos locais de realização das provas por, pelo menos, 60 (sessenta) minutos, após o início das mesmas.



**SECRETARIA MUNICIPAL DE NEGÓCIOS DA SAÚDE**

**DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE SAÚDE**

Rua José Bonifácio nº 181, Centro - Cx Postal 5-Fone: Fone/Fax (16) 3832 0183

CEP 14610-000 - I P U Ã – Estado de São Paulo E-mail:  
[saudeipua@netsite.com.br](mailto:saudeipua@netsite.com.br)

9.4. 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.

**X. CRONOGRAMA DO PROCESSO SELETIVO**

<b>ETAPAS</b>	<b>DATAS</b>
Inscrições	18/12/2017 a 05/01/2018
Data da Prova Objetiva	10/1/2018
Divulgação do gabarito da prova objetiva	11/01/2018
Prazo para recurso	11 e 12/1/2018
Divulgação do resultado da Prova e Currículo	19/1/2018
Prazo para recursos contra o resultado da 1ª Etapa	22 e 23/01/2018
Resultado Final	31/1/2018
Matrícula	1 a 5 de fevereiro 2018
Início dos Programas	1 de março 2018
Prazo máximo para Chamadas Sucessivas	30 de março de 2018

Ipuã, 07de fevereiro de 2018

**KAREN ARAUJO DE FREITAS**



**SECRETARIA MUNICIPAL DE NEGÓCIOS DA SAÚDE**

**DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE SAÚDE**

**Rua José Bonifácio nº 181, Centro - Cx Postal 5-Fone: Fone/Fax (16) 3832 0183**

**CEP 14610-000 - I P U Ã – Estado de São Paulo E-mail:  
[saudeipua@netsite.com.br](mailto:saudeipua@netsite.com.br)**

**COORDENADORA DA COREME**

**IVANA CLEMENTE CASTRO**

**SECRETÁRIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

**JOSÉ FRANCISCO ÁVILA**

**PREFEITO MUNICIPAL DE IPUA**

**REQUERIMENTO DE PROVA ESPECIAL OU CONDIÇÃO ESPECIAL**

Eu, \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_, inscrição nº \_\_\_\_\_, e CPF.

Nº \_\_\_\_\_, venho requerer para o Processo de Seleção  
01/2017:

– Prova em Braile/Fiscal Ledor

– Prova Ampliada  – Prova com Ledor

– Prova com Interprete de Libras  –

Outros: \_\_\_\_\_

Em \_\_\_\_/\_\_\_\_/2018. \_\_\_\_\_





**SECRETARIA MUNICIPAL DE NEGÓCIOS DA SAÚDE**

**DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE SAÚDE**

**Rua José Bonifácio nº 181, Centro - Cx Postal 5-Fone: Fone/Fax (16) 3832 0183**

**CEP 14610-000 - I P U Ã – Estado de São Paulo E-mail:  
[saudeipua@netsite.com.br](mailto:saudeipua@netsite.com.br)**

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 07 de janeiro de 2018.