



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL
Gabinete do Reitor

EDITAL Nº 268/UFFS/2015

CLASSIFICAÇÃO E CONVOCAÇÃO PARA MATRÍCULA DO PROCESSO SELETIVO PARA INGRESSO NOS PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA MÉDICA, EDITAL Nº 239/UFFS/2015

Ministério da Educação
Universidade Federal da
Fronteira Sul

Avenida Getúlio Vargas, 609s
Edifício Engemede, 2º Andar
Chapecó - Santa Catarina
Brasil - CEP 89812-000

www.uffs.edu.br

O REITOR *PRO TEMPORE* DA UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL - UFFS, no uso de suas atribuições legais, torna público a Classificação e Convocação dos candidatos do Processo Seletivo para ingresso nos Programas de Residência Médica, com ingresso em 2015.1, regido pelo Edital nº 239/UFFS/2015, de 20 de março 2015.

1 RELAÇÃO DE CLASSIFICADOS

I - Especialidade: Clínica Médica - Hospital de Caridade de Carazinho

Classificação	Nome	Pontuação
01	Lorena Dornelas Pereira	5,2

II - Especialidade: Ginecologia e Obstetrícia - Hospital São Vicente de Paulo

Classificação	Nome	Pontuação
01	Luis Alberto Favarin	5,2

2 DA MATRÍCULA

2.1 O convocado deverá efetuar a matrícula junto à Secretaria da Pós-Graduação do *Campus* Passo Fundo, que fica na RS 153 Km 3, junto ao Seminário Nossa Senhora Aparecida, em Passo Fundo/RS, das 8h30min às 11h30min e das 13h30min às 16h30min, do dia 27 de março, conforme previsto em edital.

2.1.1 Em caso de representação por Procuração, esta deverá ser específica, ter firma reconhecida e estar acompanhada dos documentos pessoais nominados a seguir, além de documento de identificação com foto do procurador.

2.2 Para efetivação da matrícula e assinatura do contrato de bolsa residência, o candidato deverá apresentar cópia dos seguintes documentos:

2.2.1 Ficha Cadastral preenchida (**ANEXO I**);

2.2.2 Comprovante de residência (2 cópias autenticadas em cartório) ou declaração de residência em cartório;

2.2.3 Título de eleitor (2 cópias autenticadas em cartório);

2.2.4 Carteira de Identidade (2 cópias autenticadas em cartório);

2.2.5 Cadastro de Pessoa Física - CPF (2 cópias autenticadas em cartório);

2.2.6 Certidão de Quitação Eleitoral atualizada, emitida pelo site www.tse.jus.br (2 cópias);

2.2.7 Documento comprobatório de estar em dia com as obrigações militares, para candidatos do sexo masculino entre 18 e 45 anos, nos termos do art. 5º da lei Nº 4375, de 17 de agosto de 1964 (Lei do Serviço Militar) (2 cópias autenticadas em cartório);

2.2.8 PIS/PASEP (2 cópias autenticadas em cartório) ou NIT;

2.2.9 Diploma de conclusão do Curso de Medicina (2 cópias autenticadas em cartório);

2.2.10 Certificado de Conclusão do Programa de Residência anterior credenciado pela CNRM/MEC (somente para os programas com exigência de pré-requisito (2 cópias autenticadas em cartório);

2.2.11 Inscrição no Conselho Regional de Medicina (2 cópias autenticadas em cartório);

2.2.12 Comprovante de conta bancária (cartão do banco ou extrato ou contrato), que conste o dígito verificador da agência bancário bancária (2 cópias autenticadas em cartório);

2.2.13 Foto 3x4 (2 fotos);





2.3 Em hipótese alguma haverá recebimento de documentos não autenticados em cartório, bem como, documentos enviados via postal, fax ou correio eletrônico.

2.3.1 Não serão realizadas matrículas fora dos horários e datas previamente estabelecidos.

Chapécó-SC, 26 de março de 2015.

Prof. Jaime Giolo
Reitor *pro tempore* da UFES

Ministério da Educação
Universidade Federal da
Fronteira Sul

Avenida Getúlio Vargas, 609s
Edifício Engemede, 2º Andar
Chapécó - Santa Catarina
Brasil - CEP 89812-000

www.ufes.edu.br





Ministério da Educação
Universidade Federal da
Fronteira Sul

Avenida Getúlio Vargas, 609s
Edifício Engemede, 2º Andar
Chapecó - Santa Catarina
Brasil - CEP 89812-000

www.uffs.edu.br

ANEXO I

FICHA CADASTRAL DE MÉDICO RESIDENTE

Foto 3 x 4		
Nome:		
Sexo:	(<input type="checkbox"/>) Masculino	(<input type="checkbox"/>) Feminino
Nome do pai:		
Nome da mãe:		
Estado civil:	Data de nascimento:	
Nível escolaridade:		
Nacionalidade:	Naturalidade:	
Cor/origem étnica:		
Grupo sanguíneo:	Fator RH:	
Deficiência física:	(<input type="checkbox"/>) Sim	(<input type="checkbox"/>) Não
Grupo:	Código:	
Quantidade de dependentes econômicos:		
Endereço		
Logradouro e N°:		
Complemento:		
Bairro:		
Município e UF:		
CEP:	Telefone:	Celular:
Dados Bancários	Número da agência:	Nome da agência:
Banco:		
Carteira de identidade	Órgão expedidor e UF:	Data de expedição:
N°:		
CPF:	Data de expedição:	PIS/PASEP:
Título de eleitor	Zona:	Seção:
N°:		
E-mail:		

