



# MANUAL do PARTICIPANTE 2018

**ANOS ADICIONAIS  
PSU/RESMED/CE-2018**

## APRESENTAÇÃO

Este MANUAL DO PARTICIPANTE tem por finalidade apresentar os instrumentos informativos necessários ao PARTICIPANTE do PSU-RESMED/CE – 2018, quais sejam: Edital nº 03/2017, calendário de atividades, programas disponíveis, duração, número de vagas ofertadas e as reservadas para o serviço militar, bem como dispor acerca das normas da avaliação curricular para os programas de Residência Médica com **ANOS ADICIONAIS**, definindo o que será pontuado pelo avaliador e o informativo para realização da matrícula.

Cabe ressaltar a importância da leitura atenta de todos os itens aqui dispostos, tendo em vista que neles estão contidas as informações imprescindíveis à realização da seleção.

Outrossim, cumpre-se mencionar que os dispositivos apresentados foram elaborados em conformidade com as legislações pertinentes à matéria, especialmente no âmbito federal, e com as normatizações da Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM).

Por fim, registra-se que o PARTICIPANTE deverá acompanhar as informações referentes ao PSU-RESMED/CE – 2018, no endereço eletrônico: <http://www.resmedceara.ufc.br>, que será o único local para todas as divulgações oficiais da seleção, tais como: eventuais aditivos e/ou corrigendas, listas de PARTICIPANTES, locais de exame e outros pertinentes à realização da seleção, em obediência aos princípios elencados no Art. 37 da Constituição Federal de 1988.

**A Coordenação**

# SUMÁRIO

<b>ITENS</b>	<b>PÁGINA</b>
<b>Edital nº 03/2017</b>	
1. Dos programas ofertados .....	<b>04</b>
2. Do objeto e da finalidade.....	<b>05</b>
3. Das disposições preliminares.....	<b>06</b>
4. Das obrigações gerais do participante.....	<b>08</b>
5. Da isenção da taxa de inscrição .....	<b>08</b>
6. Das inscrições.....	<b>09</b>
7. Do atendimento especial.....	<b>13</b>
8. Do processo seletivo.....	<b>15</b>
9. Dos recursos.....	<b>21</b>
10. Da classificação e do desempate.....	<b>26</b>
11. Da convocação.....	<b>27</b>
12. Da matrícula e do início do programa.....	<b>29</b>
13. Da homologação.....	<b>30</b>
14. Das disposições finais.....	<b>30</b>
ANEXO I – Relação das instituições participantes.....	<b>32</b>
ANEXO II – Programas ofertados – ANOS ADICIONAIS.....	<b>33</b>
ANEXO III – Calendário de atividades do Edital nº 03/2017 – ANOS ADICIONAIS.....	<b>36</b>
ANEXO IV – Regras da avaliação curricular dos PRM ANOS ADICIONAIS.....	<b>41</b>
ANEXO V – Informativo para realização da matrícula.....	<b>48</b>
ANEXO VI – Formulário socioeconômico para solicitação.....	<b>51</b>
de isenção do pagamento da taxa de inscrição	

## PROCESSO SELETIVO UNIFICADO PARA RESIDÊNCIA MÉDICA DO ESTADO DO CEARÁ PSU – RESMED/CE – 2018

O Coordenador Geral do Processo Seletivo Unificado para os Programas de Residência Médica do Estado do Ceará, no exercício de suas atribuições, obedecendo às determinações estabelecidas pelas Resoluções da Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM) nº 04, de 23 de outubro de 2007 (sobre o Edital) e nº 2, de 27 de agosto de 2015; e a nº1/2017, de 03 de janeiro de 2017; pela Portaria Interministerial nº 2.087, de 1º de setembro de 2011; pelo Convênio nº 01/2017 firmado entre as instituições participantes elencadas no Anexo I e outras legislações pertinentes à matéria, **TORNA PÚBLICA** a realização do PSU-RESMED/CE de 2018, por meio do Edital nº 03/2017, para acesso às vagas definidas no item 1.1, nos programas de Residência Médica de **ANOS ADICIONAIS**, disponibilizadas pelas Instituições, constantes no ANEXO I (Lista das instituições), deste Edital, e às oriundas de novos pareceres da CNRM.

### 1 – DOS PROGRAMAS OFERTADOS

Programas, número de vagas ofertadas e reservadas (serviço militar).

SEQ.	PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MÉDICA DE ACESSO DIRETO	VAGAS	
		OFERTADAS	RESERVADAS
1	Anestesiologia (R4), Área de Atuação Dor	1	0
2	Cardiologia Pediátrica	2	0
3	Cardiologia (R3) Ecocardiograma	4	0
4	Cardiologia (R3) Hemodinâmica e Cardiologia Intervencionista	1	0
5	Cirurgia Vasculard (R3), Área de Atuação em Ecografia Vasculard com Doppler	2	0
6	Cirurgia do Aparelho Digestivo (R3) Transplante de Fígado	1	0
7	Clínica Médica (R3)	4	0
8	Endocrinologia Pediátrica (R3)	2	0
9	Gastroenterologia (R3) em Hepatologia	1	0
10	Gastroenterologia Pediátrica (R3)	1	0
11	Gastroenterologia (R3), Área de Atuação Endoscopia Digestiva	3	0
12	Hematologia e Hemoterapia Pediátrica (R3)	1	0
13	Hematologia e Hemoterapia R3 Transplante Medula Óssea	2	0
14	Infectologia Pediátrica (R3)	1	0
15	Medicina Intensiva (R3), Área de Atuação em Nutrição Enteral e Parenteral	1	0

16	Medicina Intensiva Pediátrica	2	0
17	Nefrologia (R3) Área de Atuação Transplante Renal	2	0
18	Nefrologia Pediátrica (R3)	1	0
19	Neurofisiologia Clínica	2	0
20	Neuroradiologia	2	0
21	Neonatologia	19	0
22	Obstetrícia e Ginecologia R4 Endoscopia Ginecológica	3	0
23	Obstetrícia e Ginecologia (R4), Área de Atuação em Medicina Fetal	1	1
24	Ortopedia e Traumatologia (R4)	1	0
25	Pneumologia (R3) Endoscopia Respiratória	2	0
26	Pneumologia Pediátrica (R3)	1	0
27	Psiquiatria da Infância e Adolescência	4	0
28	Reumatologia Pediátrica (R3)	1	0
	Total de vagas OFERTADAS/RESERVADAS	68	1

## 2. DO OBJETO E DA FINALIDADE

2.1. Trata-se de processo seletivo destinado EXCLUSIVAMENTE a MÉDICOS que tenham concluído ou concluirão um programa de residência médica de PRÉ-REQUISITO, credenciado pela Comissão Nacional de Residência Médica até, no máximo, dia 28/02/2018.

2.1.1. Os médicos formados no exterior e médicos estrangeiros (com visto regular – definitivo ou permanente), com Exame Revalida, no ato da matrícula, deverão, **OBRIGATORIAMENTE**, apresentar o Registro no Conselho Regional de Medicina do Estado do Ceará (CREMEC).

2.1.1.1. Os participantes estrangeiros ou os brasileiros formados no exterior somente poderão ser matriculados nos programas, caso, no ato da matrícula, comprovem, mediante documento(s), que o diploma foi revalidado (conforme Resolução CNE nº1 de 28/01/02). Os estrangeiros, mesmo os formados no Brasil, devem apresentar comprovante de visto permanente no país.

2.1.2. Os médicos que tenham cursado Programa de Pré-requisito no exterior deverão apresentar o certificado revalidado pela Comissão Nacional de Residência Médica.

2.1.3. A finalidade específica do PSU-RESMED/CE – 2018 é elaborar uma lista, em ordem decrescente de notas obtidas, para a matrícula de médicos, em uma das vagas de um dos programas de ANOS ADICIONAIS, constante no item 1.1, observado, contudo, o disposto no item 11.8.4 deste Edital.

2.2. É VEDADA a participação, no PSU-RESMED/CE – 2018, de médicos que concluirão programas de residência médica após a data determinada no item 2.1, assim como os que tenham

cursado programa de residência médica com pré-requisito no exterior, sem a revalidação do certificado pela Comissão Nacional de Residência Médica. O PARTICIPANTE que prestar informações inverídicas no ato da inscrição será imediatamente excluído da seleção, sem prejuízo das sanções penais cabíveis.

2.3. É VEDADO ao médico repetir programa de Residência Médica, que já tenha anteriormente concluído, em instituição do mesmo ou de qualquer outro Estado da Federação, a menos que se trate de pré-requisito, nos termos do Art. 56, §§1º e 2º e Art. 57 da Resolução CNRM nº. 02, de 07 de julho de 2005.

### 3. DAS DISPOSIÇÕES PRELIMINARES

3.1. O **Edital do PSU-RESMED/CE – 2018** terá sua validade no período compreendido entre 19/09/2017 a 31/03/2018.

3.2. A Coordenação, **mera executora do PSU-RESMED/CE – 2018**, NÃO É RESPONSÁVEL POR NENHUMA VAGA OU PAGAMENTO DE BOLSA DESTA SELEÇÃO, por este motivo:

3.2.1. No período compreendido entre os dias determinados no subitem 3.1, as **INSTITUIÇÕES PARTICIPANTES**, obrigam-se a disponibilizar as suas vagas credenciadas, EXCLUSIVAMENTE, aos PARTICIPANTES selecionados e indicados em ordem decrescente pelo PSU-RESMED/CE – 2018.

3.2.2. Após a seleção do médico, os ritos e atos para matrícula, bem como os referentes ao pagamento da bolsa do médico residente, ocorrerão por meio das instituições participantes, com recursos oriundos das mais diversas esferas, podendo, inclusive, as fontes serem alteradas, no decorrer do certame e/ou durante o período da residência médica, visando atender ao orçamento institucional.

3.3. As Instituições participantes ficam, a partir da publicação do presente Edital até a homologação do resultado final, obrigadas a obedecer tão somente às regras constantes no presente Edital.

3.4. O número de vagas e a situação do credenciamento, que constam no ANEXO II (que dispõe sobre as Vagas e Especialidades) deste Edital, foram fornecidos pelas instituições participantes e são de inteira responsabilidade destas.

3.4.1. Fica estabelecido que a oferta de vagas poderá ser modificada (para mais ou para menos) a qualquer momento, sem aviso prévio, em observância a novos pareceres da CNRM e à destinação de bolsas das fontes pagadoras.

3.5. Do total de vagas ofertadas para cada programa, serão deduzidas as vagas reservadas a PARTICIPANTES que trancaram a matrícula em 2017 para servir às Forças Armadas, não se aplicando a cursos outros, de formação de oficiais, ofertados pelas Forças Armadas. Tais vagas, contudo, por eventual desistência, retornarão ao respectivo programa e à sua disponibilização no PSU-RESMED/CE – 2018, sendo o preenchimento destas feito em estrita obediência aos ditames do presente Edital.

- 3.6. As datas previstas no ANEXO III (Calendário) deste Edital poderão ser alteradas pela Executora do PSU-RESMED/CE – 2018, sem aviso prévio e segundo critérios de conveniência e oportunidade, desde que comunicadas e divulgadas antes da realização da etapa/ato a que se referem, por meio do seu endereço eletrônico <http://www.resmedceara.ufc.br>.
- 3.7. Fica estabelecido que, depois de publicado no Diário Oficial da União e/ou jornal de grande circulação, nos termos do Art. 54 da Resolução CNRM nº. 02, de 07 de julho de 2005, este Edital, seus anexos, eventuais aditivos, corrigendas e/ou outros documentos ficarão expostos, de forma permanente, durante sua validade, no PORTAL da Executora do PSU-RESMED/CE – 2018.
- 3.8. O endereço eletrônico do PORTAL do PSU-RESMED/CE – 2018, <http://www.resmedceara.ufc.br>, a partir da data da publicação do instrumento normativo citado no item 3.7, será o único local para todas as divulgações oficiais da seleção, tais como: aditivos e/ou corrigendas, listas de PARTICIPANTES, locais de prova e outros dados pertinentes à realização da seleção, em obediência aos princípios elencados no Art. 37 da Constituição Federal de 1988.
- 3.8.1. O acompanhamento das divulgações é de inteira responsabilidade do PARTICIPANTE, atentando este aos prazos e informações ali determinadas, não sendo aceitos qualquer justificativa para o desconhecimento dos critérios neles assinalados e/ou questionamentos de qualquer natureza quanto ao local de divulgação de matérias relacionadas ao PSU-RESMED/CE – 2018.
- 3.9. A Executora do PSU-RESMED/CE – 2018 não se responsabilizará por:
- 3.9.1 problemas, no decorrer de qualquer atividade da seleção, oriundas do descumprimento às regras descritas neste Edital;
  - 3.9.2 qualquer informação não recebida, em decorrência de problemas nos computadores ou equipamentos eletrônicos usados pelos PARTICIPANTES;
  - 3.9.3 falhas de comunicação nos serviços de banda larga, conexões 2G/3G/4G, LTE, EDGE, WAP, TDMA;
  - 3.9.4 fatores de ordem técnica que impossibilitem a transferência de dados (informações, *upload* de documentos etc) para nossos sistemas ou servidores de rede computacional;
  - 3.9.5 questões de ordem técnica dos computadores que impliquem em falha de comunicação no envio dos dados e congestionamento de linhas de comunicação;
  - 3.9.6 falhas dos correspondentes bancários e/ou
  - 3.9.7 qualquer outro fator não especificado que dificulte ou inviabilize a participação do interessado.

- 3.10. A Executora do PSU-RESMED/CE – 2018 não se responsabilizará pela efetivação da matrícula, nem pelo cadastro no Sistema da Comissão Nacional de Residência Médica – SisCNRM, ficando este ato, EXCLUSIVAMENTE, sob a responsabilidade das Instituições conveniadas;
- 3.11. O Coordenador Geral do PSU-RESMED/CE – 2018 resolverá os casos omissos deste Edital e, nos casos em que a dúvida persistir, será ouvida a CEREM/CE e, em última instância, a Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM).

#### 4. DAS OBRIGAÇÕES GERAIS DO PARTICIPANTE

- 4.1. Cumprir, rigorosamente, o estabelecido neste Edital, não podendo alegar o desconhecimento das Cláusulas e condições nele contidas e às quais, desde já, os PARTICIPANTES se vinculam.
- 4.2. Certificar-se, antes de inscrever-se, de que preenche todos os requisitos exigidos para a participação no PSU-RESMED/CE – 2018, regidos pelo presente Edital nº 03/2017, que disponibiliza vaga, **EXCLUSIVAMENTE**, para médicos devidamente habilitados pelo Conselho Federal de Medicina – CFM e seus respectivos Conselhos Regionais – CRM.
- 4.3. Realizar e confirmar a inscrição no sistema de acompanhamento que consta no Portal do PSU-RESMED/CE – 2018, endereço eletrônico: <http://www.resmedceara.ufc.br>.
- 4.4. Manter a guarda do seu número de inscrição e senha (que é pessoal, intransferível e de inteira responsabilidade do PARTICIPANTE), indispensáveis ao acompanhamento da inscrição, à obtenção dos resultados individuais via Internet, à confirmação das convocações, dentre outras ações pertinentes ao presente Edital.
- 4.5. Verificar, obrigatoriamente, no Portal do PSU-RESMED/CE – 2018, endereço eletrônico: <http://www.resmedceara.ufc.br>, o local de provas para o qual foi designado, conforme estabelecido no ANEXO III (Calendário).
- 4.6. Consultar o PORTAL de acompanhamento do PSU-RESMED/CE – 2018, no endereço eletrônico: <http://www.resmedceara.ufc.br>, para obter informações essenciais e indispensáveis ao bom desempenho do PARTICIPANTE na presente seleção. A Executora do PSU-RESMED/CE – 2018 NÃO SE RESPONSABILIZARÁ POR DOWNLOADS DO PRESENTE EDITAL, SEUS ADITIVOS, CORRIGENDAS OU QUALQUER DOCUMENTO ELETRÔNICO, ORIUNDO DE OUTRO MEIO QUE NÃO O INDICADO NESTE SUBITEM (ex.: sítios de buscas etc.).

#### 5. DA ISENÇÃO DA TAXA DE INSCRIÇÃO

- 5.1. O período para solicitar a isenção da taxa de inscrição será nos dias 20 e 21 de setembro de 2017.
- 5.2. Considerar-se-á isento do pagamento da taxa de inscrição, em conformidade com a Resolução CNRM nº 07, de 20 de outubro de 2010, publicada no DOU, de 21 de outubro de 2010, seção 1, p.21, o PARTICIPANTE que apresente uma das condições constantes no FORMULÁRIO SÓCIO-ECONÔMICO PARA SOLICITAÇÃO DE ISENÇÃO DO PAGAMENTO DA TAXA DE INSCRIÇÃO no ANEXO VI;



- 5.3. O PARTICIPANTE que tiver direito, pela legislação vigente e normas do Edital, à ISENÇÃO do pagamento da TAXA DE INSCRIÇÃO DO PSU-RESMED/CE – 2018 deverá, OBRIGATORIAMENTE, preencher o **Formulário socioeconômico para solicitação de isenção do pagamento da taxa de inscrição**, no ANEXO VI, e encaminhá-lo, acompanhado de todos os documentos comprobatórios, para o e-mail: [isencao@resmedceara.ufc.br](mailto:isencao@resmedceara.ufc.br), conforme estabelecido no ANEXO III (Calendário).
- 5.3.1. Após o envio da solicitação de Isenção da Taxa de Inscrição acompanhada dos documentos comprobatórios, não será permitida a complementação de documentos.
- 5.4. Os documentos descritos no presente item deste Edital (ANEXO VI) terão validade somente para esta seleção e não serão devolvidos, assim como não serão fornecidas cópias destes.
- 5.5. Não será aceita a solicitação de isenção da taxa de inscrição por outro meio que não seja o estabelecido neste Edital nº 03/2017.
- 5.6. A relação com os nomes dos PARTICIPANTES que tiveram a solicitação de ISENÇÃO DEFERIDA será disponibilizada no Portal do PSU-RESMED/CE – 2018, no endereço eletrônico: <http://www.resmedceara.ufc.br>, conforme data estabelecida no ANEXO III (Calendário).
- 5.7. É de inteira responsabilidade do PARTICIPANTE o acompanhamento do RESULTADO PRELIMINAR da solicitação de isenção, para eventuais necessidades de recursos, em caso de indeferimento.
- 5.8. Caso a solicitação de isenção seja DEFERIDA, o PARTICIPANTE deverá aguardar o período das inscrições para realizá-la **OBRIGATORIAMENTE**. Nos casos de INDEFERIMENTO, tanto no resultado preliminar como no definitivo, o PARTICIPANTE deverá efetuar a inscrição, emitir o boleto e efetuar o pagamento, no prazo (data contábil) estabelecido no ANEXO III (Calendário).

## 6. DAS INSCRIÇÕES

- 6.1. A inscrição do PARTICIPANTE implicará o conhecimento e a tácita aceitação das normas e condições estabelecidas neste EDITAL, incluindo seus anexos, manual e eventuais retificações e aditivos, das quais não poderá alegar desconhecimento. O PARTICIPANTE, com eventuais dúvidas pertinentes à escolha das instituições, poderá acessar o Portal de acompanhamento do PSU-RESMED/CE – 2018, endereço eletrônico: <http://www.resmedceara.ufc.br> e assistir ao **TUTORIAL** disponível, durante o processo de inscrição.
- 6.1.1. É vedada a transferência do valor pago a título de taxa de inscrição para terceiros ou para outros processos ou seu aproveitamento de qualquer outra forma.
- 6.1.2. São vedadas inscrições condicionais, extemporâneas, via postal, fax ou correio eletrônico.

- 6.1.3. As informações prestadas na solicitação de inscrição são de inteira responsabilidade do PARTICIPANTE, dispondo a EXECUTORA do PSU-RESMED/CE – 2018 do direito de excluir da seleção aquele que não preencher a solicitação de forma completa e correta.
- 6.2. A inscrição consistirá na submissão do formulário de inscrição, devidamente preenchido, EXCLUSIVAMENTE, via internet, no PORTAL de acompanhamento do PSU-RESMED/CE – 2018, endereço eletrônico <http://www.resmedceara.ufc.br>, no período estabelecido no ANEXO III (Calendário), observando o horário oficial do Estado do Ceará. A homologação da inscrição no PSU-RESMED/CE – 2018 efetivar-se-á com o pagamento do boleto gerado ao final da inscrição, no valor de **R\$ 680,00 (SEISCENTOS E OITENTA REAIS)** ou com o pedido de isenção deferido.
- 6.2.1. No ato da inscrição, o PARTICIPANTE deverá anexar (upload), o CERTIFICADO OU DECLARAÇÃO DE CONCLUSÃO OU COM A PREVISÃO DE CONCLUSÃO (ver item 6.2.1.1) que comprove a condição de possível conclusão do programa de residência médica de PRÉ-REQUISITO, até, no máximo, dia 28/02/2018.
- 6.2.1.1. A inscrição somente será deferida após o aceite da DECLARAÇÃO DE CONCLUSÃO OU COM A PREVISÃO DE CONCLUSÃO, emitida em data posterior a 27 de julho de 2017.
- 6.2.2. Fatos supervenientes que acarretem a não conclusão do programa de PRÉ-REQUISITO na data prevista, impedirão a matrícula do PARTICIPANTE no programa de residência médica.
- 6.2.3. Não serão aceitas as inscrições quando o pagamento não for efetuado na forma estabelecida ou se for efetuado após a data contábil de 11/10/2017 (último dia previsto para pagamento). Após o pagamento, em nenhuma hipótese, haverá devolução da taxa de inscrição, salvo quando da não realização do PSU-RESMED-CE/2018, em que será programado o reembolso.
- 6.3. Todos os PARTICIPANTES inscritos poderão **REIMPRIMIR SEU BOLETO BANCÁRIO**, caso necessário, até, no máximo, as **12h00min do dia 11 de outubro de 2017** para pagamento neste mesmo dia, **IMPRETERIVELMENTE**. A Executora do PSU-RESMED/CE – 2018 não enviará boleto bancário por e-mail a PARTICIPANTES.
- 6.3.1. Após a data e hora indicadas no item 6.3, o recurso para reimpressão do boleto bancário será retirado do PORTAL de acompanhamento do PSU-RESMED/CE – 2018.
- 6.4. Em caso de feriado ou evento que acarrete o fechamento de agências bancárias na localidade em que se encontra, o PARTICIPANTE deverá antecipar o pagamento do boleto ou realizá-lo por outro meio válido, devendo ser respeitado o prazo limite determinado neste Edital.

- 6.5. Após o pagamento do boleto bancário, que **deve ser pelo Internet Banking ou em qualquer agência e/ou correspondentes bancários, até a data contábil do vencimento (prevista no respectivo documento), observado o horário oficial do Estado do Ceará**, o PARTICIPANTE deverá aguardar o prazo médio de 6 (seis) dias úteis para a confirmação do pagamento pela instituição bancária e, conseqüentemente, confirmação de sua inscrição junto ao PSU-RESMED/CE – 2018.
- 6.6. A Executora do PSU-RESMED/CE – 2018 não se responsabilizará por solicitações de inscrição não recebidas por quaisquer motivos de ordem técnica ou por procedimento indevido dos PARTICIPANTES ou de instituições bancárias. Assim, é recomendável que o PARTICIPANTE realize a sua inscrição e efetue o respectivo pagamento com a devida antecedência.
- 6.7. O PARTICIPANTE só poderá realizar 01 (uma) única inscrição, que será vinculada ao CPF. Não será possível, após a confirmação da inscrição, a alteração da especialidade ou opção(ões) de instituição(ões), ressalvado o disposto no item 11.8.4.
- 6.7.1. No momento da inscrição, o PARTICIPANTE DEVERÁ optar por 01 (uma) especialidade e ordenar a(s) instituição(ões) vinculadas a esta, em conformidade com a sua ordem de prioridade, para matrícula, em caso de aprovação, em 01 (uma) única vaga.
- 6.7.2. Antes de CONFIRMAR a inscrição, o sistema apresentará ao PARTICIPANTE uma tela, em que ele DEVERÁ, OBRIGATORIAMENTE, verificar todas as informações prestadas no ato da inscrição. Após a verificação dos dados apresentados, será permitido o retorno à tela anterior (clicar em VOLTAR) para realizar as retificações, caso necessário, ou CONFIRMAR a inscrição (finalização), quando não será mais possível realizar qualquer alteração da especialidade, da(s) opção(ões) de instituição(ões) ou da ordem de prioridade, ressalvado o disposto no item 11.8.4.
- 6.7.3. No término da inscrição, será gerada uma ficha contendo todas as informações indicadas pelo PARTICIPANTE, em que DECLARA a escolha da especialidade e sua(s) opção(ões) de instituição(ões), em ordem de preferência, para as quais pretende concorrer a apenas 01 (uma) vaga, bem como eventual(is) instituição(ões) não indicada(s). O documento deverá, OBRIGATORIAMENTE, ser gravado (salvo) em PDF, para eventuais requerimentos de recursos administrativos; não sendo, portanto, considerados (recebidos) os recursos instruídos por impressões de tela de computador (*printscreen*) do navegador.
- 6.8. Após o preenchimento do formulário de inscrição, em que constará a ordem de preferência pela(s) instituição(ões) do PSU-RESMED/CE – 2018 indicadas pelo PARTICIPANTE, será gerado boleto bancário para o pagamento da taxa de inscrição, contendo a mesma informação.
- 6.9. O PARTICIPANTE DEVERÁ conferir todos os seus dados cadastrais constantes do boleto (inscrição, especialidade escolhida, ordem de preferência de instituição(ões)), bem como observar se o código numérico foi devidamente informado pelo agente da instituição bancária (no caso

de boleto pago por terceiro), ou pelo próprio PARTICIPANTE, quando utilizados terminais de autoatendimento para a quitação do documento. As inscrições e/ou pagamentos que não forem identificados devido a erro na informação de dados pelo PARTICIPANTE, no referido boleto, não serão aceitos, não cabendo reclamações posteriores quanto a isso.

- 6.10. A Executora do PSU-RESMED/CE – 2018 não se responsabilizará por quaisquer atos ou fatos decorrentes de informações incorretas ou incompletas fornecidas pelo PARTICIPANTE.
- 6.11. Ao se inscrever, o PARTICIPANTE autoriza, INCONDICIONALMENTE, que sejam usados métodos de registros gráficos de voz, fotográficos, filmes e outros que sejam necessários ao perfeito registro de sua participação e do seu desempenho, como também a divulgação deste no Portal de acompanhamento do PSU-RESMED/CE – 2018.
- 6.12. O PARTICIPANTE, após o envio da inscrição, receberá, no e-mail cadastrado, a confirmação do recebimento da inscrição com a especialidade e opção(ões) de preferência(s) da(s) Instituição(ões). Por meio da senha cadastrada, terá acesso à sua área privativa, na qual obterá informações e tomará conhecimento dos seus resultados ao longo de todo o PSU-RESMED/CE – 2018. A senha é intransferível e de inteira responsabilidade do PARTICIPANTE.
- 6.13. A recuperação da senha poderá ser solicitada, EXCLUSIVAMENTE, no Portal de acompanhamento do PSU-RESMED/CE – 2018, e será encaminhada eletronicamente para o e-mail informado pelo PARTICIPANTE, na ocasião da sua inscrição.
- 6.14. Os PARTICIPANTES **DEVERÃO** verificar a situação da sua inscrição no Portal de acompanhamento do PSU-RESMED/CE – 2018 (endereço eletrônico: <http://www.resmedceara.ufc.br>) para assegurar-se de que a inscrição foi recebida e deferida com a especialidade e opção(ões) de Instituição(ões), conforme ordem de prioridade(s) indicada(s). A listagem com a confirmação da inscrição, escolha da especialidade e opção(ões) de prioridade(s) pela(s) Instituição(ões) será disponibilizada no Portal de acompanhamento do PSU-RESMED/CE – 2018, na data estabelecida no ANEXO III (Calendário).
- 6.15. Os médicos brasileiros que concluíram a graduação em Medicina no exterior ou médicos estrangeiros que concluíram a graduação em Medicina no Brasil ou no exterior deverão consultar as Resoluções do Conselho Federal de Medicina nº 1.831, de 24/01/2008, e nº 1.832, de 25/02/2008, antes de proceder à inscrição, observando que, no caso de aprovação, a matrícula estará condicionada à apresentação de todos os documentos exigidos nestas Resoluções e no presente Edital.
- 6.16. O PARTICIPANTE travesti ou transexual (pessoa que se identifica e quer ser reconhecida socialmente, em consonância com sua identidade de gênero) que desejar atendimento pelo NOME SOCIAL, em conformidade com o Decreto nº 8.727, de 28 de abril de 2016, poderá solicitá-lo, em campo próprio, no ato da inscrição.

- 6.17. Após a inscrição, o PARTICIPANTE deverá enviar, até o dia 11 de outubro de 2017, o Formulário de Requerimento de Solicitação do Nome Social, acompanhado de cópia autenticada do documento oficial de identidade do PARTICIPANTE, por SEDEX com Aviso de Recebimento (AR), para o endereço: 1º Andar dos Ambulatórios Especializados do Hospital Universitário Walter Cantídio – UFC/CE. (ILHAS), situado à Rua Coronel Nunes de Melo – S/N, Rodolfo Teófilo, CEP: 60.430-270, Fortaleza-CE, fazendo constar no envelope “Requerimento de nome social – PSU-RESMED/CE – 2018”.
- 6.18. Não serão aceitas outras formas de **SOLICITAÇÃO** de nome social, tais como: via postal, telefone ou fax. A Executora do PSU-RESMED/CE – 2018 reserva-se o direito de exigir, a qualquer tempo, documentos que atestem a condição que motiva a solicitação de atendimento declarado.
- 6.19. O PARTICIPANTE, nesta situação, deverá realizar sua inscrição utilizando também o seu nome social, colocando-o em espaço adequado, ficando ciente de que tal nome será o único divulgado em toda e qualquer publicação relativa ao PSU-RESMED/CE – 2018.

## 7. DO ATENDIMENTO ESPECIAL

- 7.1. As pessoas portadoras de necessidades especiais poderão participar do PSU-RESMED/CE – 2018, regulamentado por este Edital nº 03/2017, desde que sua necessidade especial seja compatível com as atribuições para as quais concorrem e que sejam observadas as regras estabelecidas pela Lei Federal nº 7.853, de 24 de outubro de 1989, regulamentada pelo Decreto Federal nº 3.298, de 20 de dezembro de 1999, cujo Art. 4º foi alterado pelo Decreto Federal nº 5.296, de 03 de dezembro de 2004.
- 7.2. O PARTICIPANTE que necessite de atendimento especial deverá, **OBRIGATORIAMENTE**, no período previsto no ANEXO III (Calendário) deste Edital nº 03/2017, preencher o campo destinado a esta solicitação no sistema de inscrições, bem como imprimir e **ENVIAR** para o e-mail: [documentos@resmedceara.ufc.br](mailto:documentos@resmedceara.ufc.br) o **FORMULÁRIO DE REQUERIMENTO DE ATENDIMENTO ESPECIAL (FRAE) COM A CÓPIA DO LAUDO MÉDICO**, que deverá conter as seguintes informações:
- 7.2.1. Nome legível e completo do PARTICIPANTE;
- 7.2.2. Nome, telefone e número de registro profissional no Conselho Regional de Medicina do médico que forneceu o atestado;
- 7.2.3. Indicação do tipo de necessidade especial de que é portador, inclusive constando o CID – Código Internacional de Doenças;
- 7.2.4. Indicação pelo médico quanto ao atendimento, inclusive, se for o caso, o tipo de formatação, tais como: o tamanho da letra da prova e outras necessidades específicas para o razoável atendimento;
- 7.2.5. Validade do documento de, no máximo, 90 (noventa) dias, contados de sua emissão.

7.3. Para esses casos, poderão ser solicitados:

- a) pessoas com deficiência visual: DosVox, prova ampliada, prova em Braille ou ledor;
- b) pessoas com deficiência auditiva plena: intérprete em LIBRAS;
- c) pessoas com deficiência física que impossibilite o preenchimento da folha de respostas pelo próprio PARTICIPANTE: transcritor;
- d) pessoas com deficiência acentuada de locomoção: será determinado espaço adequado para a realização do PSU-RESMED/CE – 2018.

7.4. Disponibilização de sala individual, execução de prova em meio eletrônico e tempo adicional para a realização das provas somente serão deferidos em caso de deficiência ou doença que justifiquem tais condições especiais, recomendadas por orientação médica específica contida no laudo médico enviado pelo PARTICIPANTE. Em nome da isonomia entre os PARTICIPANTES, por padrão, será concedida 01 (uma) hora adicional aos PARTICIPANTES que a legislação vigente indique. A solicitação de condição especial será atendida segundo critérios de legalidade, de viabilidade e de razoabilidade.

7.5. O PARTICIPANTE, portador de necessidades especiais, que não requerer atendimento especial até a data constante no ANEXO III (calendário) deste Edital nº 03/2017 ficará impossibilitado de prestar o PSU-RESMED/CE – 2018 em condições especiais e não terá direito, de igual forma, à ampliação de tempo e outros benefícios necessários, além de não poder alegar, posteriormente, essa condição para reivindicar a prerrogativa legal.

7.6. Nos casos fortuitos supervenientes/imprevisíveis, em que o PARTICIPANTE necessite solicitar atendimento especial após o período de inscrições, este deverá preencher o Formulário de Requerimento de Atendimento Especial (FRAE), disponível no Portal de acompanhamento do PSU-RESMED/CE – 2018 (endereço eletrônico: <http://www.resmedceara.ufc.br>) e enviá-lo, em até 48 (QUARENTA E OITO) HORAS ANTES DA REALIZAÇÃO DA PROVA, para o e-mail: [documentos@resmedceara.ufc.br](mailto:documentos@resmedceara.ufc.br), especificando os recursos especiais necessários à realização do exame escrito (objetivo), e ainda enviar cópia do laudo médico digitalizado que ateste/comprove/justifique o atendimento solicitado. A solicitação de condição especial será atendida segundo critérios de legalidade, de viabilidade e de razoabilidade.

7.7. Não será permitido, em hipótese alguma, pedido de condição especial para realização de prova em local e horário que não esteja determinado no Edital.

7.8. A PARTICIPANTE que tiver necessidade de amamentar durante a realização dos exames, além de solicitar atendimento especial para tal fim em sua área individual no ato da inscrição, preenchendo o campo destinado a esta solicitação, DEVERÁ realizar o envio, para o e-mail [documentos@resmedceara.ufc.br](mailto:documentos@resmedceara.ufc.br), da cópia da certidão de nascimento da criança, até o período de inscrição previsto no ANEXO III (Calendário) deste Edital nº 03/2017.

- 7.8.1 Se o nascimento ocorrer após a data estipulada no subitem 7.8, a PARTICIPANTE deverá, OBRIGATORIAMENTE, encaminhar o Formulário de Requerimento de Atendimento Especial (FRAE) disponível no Portal de acompanhamento do PSU-RESMED/CE – 2018 (endereço eletrônico: <http://www.resmedceara.ufc.br>), acompanhado da cópia da certidão de nascimento da criança, para o e-mail: [documentos@resmedceara.ufc.br](mailto:documentos@resmedceara.ufc.br). O alimentando deverá estar com um acompanhante, que ficará em sala reservada e será o responsável pela guarda da criança.
- 7.8.2. NÃO HAVERÁ COMPENSAÇÃO DO TEMPO DE AMAMENTAÇÃO EM FAVOR DA PARTICIPANTE.
- 7.8.3. A PARTICIPANTE, durante o período de amamentação, será acompanhada de uma fiscal, sem a presença do responsável pela guarda da criança, que garantirá que sua conduta esteja de acordo com os termos e condições deste Edital.
- 7.9. O PARTICIPANTE, portador de doença infectocontagiosa, que não tiver comunicado sua condição, de acordo com o item 7.2., por sua inexistência na data limite referida neste item, deverá comunicá-la, através de Formulário de Requerimento de Atendimento Especial (FRAE), disponível no Portal de acompanhamento do PSU-RESMED/CE – 2018 (endereço eletrônico: <http://www.resmedceara.ufc.br>), para o e-mail: [documentos@resmedceara.ufc.br](mailto:documentos@resmedceara.ufc.br), tão logo esta venha a ser diagnosticada, devendo, nesta situação, identificar-se também ao fiscal no portão de entrada, munido de laudo médico quando da realização das provas, tendo direito a atendimento especial, SEM ADIÇÃO DE TEMPO ADICIONAL.
- 7.10. Considerando a possibilidade de o PARTICIPANTE ser submetido à detecção de metais durante as provas, aquele que, por razões de saúde, porventura, faça uso de marca-passo, pinos cirúrgicos ou outros instrumentos metálicos deverá comunicar previamente a situação, nos moldes do item 7.2 deste Edital.
- 7.10.1. Em nome da segurança do PSU-RESMED/CE – 2018, a regra do subitem anterior também se aplica a PARTICIPANTES com deficiências auditivas que utilizem aparelho auricular, bem como outros aparelhos diversos por motivos de saúde, tais como: medidor de glicemia, sondas, etc.
- 7.11. O PARTICIPANTE, nas situações descritas nos subitens 7.10 e 7.10.1, deverá, obrigatoriamente, comparecer ao local de provas, munido de exames e laudo (documentos originais) que comprovem o uso dos equipamentos. No caso de descumprimento deste procedimento, ou se for verificada má-fé no uso dos referidos aparelhos, o PARTICIPANTE poderá ser eliminado do PSU-RESMED/CE – 2018.

## 8. DO PROCESSO SELETIVO

- 8.1. As provas regulamentadas por este Edital serão estruturadas para avaliar conhecimentos, habilidades e atitudes para o exercício profissional da Medicina e basear-se-ão

exclusivamente nos programas das especialidades de pré-requisito correspondentes, conforme determinado na Resolução CNRM de nº 02, de 27 de agosto de 2015, definidas neste Edital nº 03/2017.

8.2. O PSU-RESMED/CE – 2018 será realizado em 02 (duas) etapas, aplicadas da seguinte forma:

a) **1ª ETAPA – EXAME ESCRITO (OBJETIVO) – 90%;**

b) **2ª ETAPA – ANÁLISE CURRICULAR – 10%;**

**8.3. DO EXAME ESCRITO (OBJETIVO). ESTA ETAPA VALE 90% (NOVENTA POR CENTO) DA NOTA FINAL:**

8.3.1. Esta etapa, de **CARÁTER ELIMINATÓRIO** e **CLASSIFICATÓRIO**, é obrigatória e consistirá na aplicação de exame escrito (objetivo), de múltipla escolha, sem consulta, com **o total de 20 (vinte) questões**, formuladas exclusivamente com o conteúdo do PRÉ-REQUISITO. Esta etapa vale 90% (noventa por cento) da nota final e não haverá o arredondamento de notas.

8.3.1.1. O valor de cada questão do exame escrito (objetivo) será de 05 (cinco) pontos, sendo do tipo múltipla escolha, com quatro opções (A, B, C e D) e uma única resposta. Haverá, para cada questão na folha de respostas, 04 (quatro) campos de marcação, correspondentes às 04 (quatro) opções (A, B, C e D), sendo que o PARTICIPANTE deverá preencher apenas aquele correspondente à resposta julgada correta, de acordo com o comando da questão.

8.3.1.2. O PARTICIPANTE deverá, OBRIGATORIAMENTE, marcar, para cada questão, um, e somente um, dos quatro campos da folha de respostas (A ou B ou C ou D), sob pena de arcar com os prejuízos decorrentes de marcações indevidas.

8.3.1.3. O PARTICIPANTE deverá transcrever, utilizando caneta esferográfica transparente, de tinta azul ou preta, as suas respostas do seu caderno de prova para a folha de respostas, que será o único documento válido para a correção da prova

8.3.1.4. Em hipótese alguma haverá substituição da folha de respostas por erro do PARTICIPANTE.

8.3.1.5. Serão de inteira responsabilidade do PARTICIPANTE os prejuízos advindos do preenchimento indevido da folha de respostas. Serão consideradas marcações incorretas as que estiverem em desacordo com este Edital e/ou com as instruções contidas na folha de respostas, tais como: **DUPLA MARCAÇÃO, MARCAÇÃO RASURADA OU EMENDADA E/OU CAMPO DE MARCAÇÃO NÃO PREENCHIDO INTEGRALMENTE.**



8.3.1.6. A correção do exame escrito (objetivo) será realizada por meio eletrônico. Portanto, atribuir-se-á nota zero à questão de múltipla escolha:

- a) com mais de uma opção assinalada;
- b) sem opção assinalada;
- c) com rasura ou ressalva;
- d) assinalada a lápis ou por qualquer outro meio que não o especificado neste Edital;
- e) quando a alternativa assinalada for incorreta, segundo o gabarito oficial dos exames;
- f) com o campo de marcação não preenchido integralmente (ex.: marcado apenas com "X").

8.3.1.7. O PARTICIPANTE não deve amassar, molhar, dobrar, rasgar ou, de qualquer modo, danificar a sua folha de respostas, sob pena de arcar com os prejuízos advindos da impossibilidade de realização da leitura óptica.

8.3.1.8. O PARTICIPANTE é responsável pela conferência de seus dados pessoais registrados nos instrumentos de aplicação do PSU-RESMED/CE – 2018, em especial, seu nome, seu número de inscrição e o número de seu documento.

8.3.1.9. Não será permitido que as marcações na folha de respostas sejam feitas por outras pessoas, salvo em caso de deferimento de atendimento especial para a realização do exame, quando o PARTICIPANTE será acompanhado por agente devidamente treinado.

8.3.1.10. O PARTICIPANTE, ao término da realização do exame escrito (objetivo), deverá devolver ao fiscal a folha de respostas devidamente e OBRIGATORIAMENTE assinada no local indicado.

8.3.1.10.1. A assinatura constante da folha de resposta deverá ser, OBRIGATORIAMENTE, igual à do documento oficial apresentado pelo PARTICIPANTE.

8.3.1.11. A não devolução pelo PARTICIPANTE da folha de respostas DEVIDAMENTE ASSINADA ao fiscal, conforme item 8.3.1.10, acarretará em eliminação sumária do PARTICIPANTE do PSU-RESMED/CE – 2018.

#### **8.4. DA APLICAÇÃO DO EXAME ESCRITO (OBJETIVO) – 1ª ETAPA.**

8.4.1 O exame escrito (objetivo) **será aplicado somente na cidade de Fortaleza – CE, com duração de 02 (duas) horas, na data e horário** previstos no ANEXO III (Calendário) deste

Edital nº. 03/2017. Em nenhuma hipótese, o PARTICIPANTE poderá realizar o exame fora da data e local determinados para a execução do PSU-RESMED/CE – 2018, não sendo possível, da mesma forma, segunda chamada.

- 8.4.2. O PARTICIPANTE deverá acessar o Portal de acompanhamento do PSU-RESMED/CE – 2018, no endereço eletrônico: <http://www.resmedceara.ufc.br>, pelo menos 03 (três) dias antes da data da realização do exame escrito (objetivo), para identificar o seu local do exame, conforme estabelecido no ANEXO III (Calendário).
- 8.4.3. O PARTICIPANTE deverá comparecer ao local de aplicação do exame escrito (objetivo), com antecedência mínima de 01 (uma) hora do horário fixado para o fechamento dos portões de acesso aos locais do exame, considerando-se o horário do Estado do Ceará, MUNIDO, OBRIGATORIAMENTE, do documento oficial de identidade original, em perfeitas condições, com foto recente (*não será aceita a cópia do documento de identificação, ainda que autenticada*) e **CANETA ESFEROGRÁFICA, DE MATERIAL TRANSPARENTE, DE TINTA AZUL OU PRETA.**
- 8.4.4. Os portões de acesso ao local do exame escrito (objetivo) serão fechados pontualmente às 09h00min (nove horas) horário local, para início da aplicação, não sendo permitida a entrada de nenhum PARTICIPANTE após este horário, sob nenhuma justificativa.
- 8.4.5. Caso o PARTICIPANTE seja impedido de entrar para realização do exame por chegar após o fechamento dos portões, nos termos do subitem 8.4.4, será eliminado do PSU-RESMED/CE – 2018.
- 8.4.6. Por razões de ordem técnica e de segurança do PSU-RESMED/CE – 2018, **não será permitido:**
- a) INGRESSO OU PERMANÊNCIA DE PESSOAS ESTRANHAS às instalações em que serão aplicados os exames escritos (objetivos), desde a abertura dos portões para a entrada até o término do tempo de duração do exame;
  - b) fornecimento de qualquer exemplar ou cópia do caderno de exame a PARTICIPANTES, a autoridades ou a instituições de direito público ou privado, mesmo após o encerramento da aplicação do exame;
  - c) utilização de banheiros ou espera de acompanhantes nos locais do exame durante a aplicação e após a conclusão de seu exame.
- 8.4.7. Em caso de extravio do documento de identidade original (perda, roubo, etc), será aceita a apresentação da via original de Boletim de Ocorrência (B.O.) emitido pela autoridade policial competente ou por meio eletrônico com a respectiva autenticação de registro oficial, desde que dentro do prazo de validade legal de 30 (trinta) dias, ou outro prazo, conforme descrito no próprio documento. Neste caso, o PARTICIPANTE será

- encaminhado à sala da coordenação, onde será formalizada a sua identificação especial, ressaltando, ainda, no caso de B.O. Eletrônico, que não serão aceitos, sob qualquer hipótese, recibos ou confirmações de recebimento, pois apenas o B.O. Eletrônico, com a devida autenticação de registro oficial nele impressa, será considerado.
- 8.4.8. A inviolabilidade dos exames será comprovada somente no momento da abertura dos envelopes na sala de aplicação destas, o que ocorrerá na presença dos PARTICIPANTES, mediante a aposição da assinatura de, no mínimo, 02 (dois) PARTICIPANTES em um termo formal.
- 8.4.9. Durante o exame escrito (objetivo), sob pena de exclusão da presente seleção, NÃO SERÁ ADMITIDA qualquer espécie de consulta e comunicação entre os PARTICIPANTES, nem a utilização de livros, manuais, impressos ou anotações, máquinas calculadoras, relógios, boné, chapéu ou similar (de forma que os ouvidos fiquem permanentemente descobertos, à vista dos fiscais de sala), nem o porte e a utilização de agendas eletrônicas ou similares, telefone celular, *smartphones, bip, e-books, walkman, ipods, ipad, iphone, tablet, pen drive, mp3* ou similar, gravador, câmera digital ou similar ou qualquer outro receptor ou transmissor de mensagens, voz e dados. É vedado o ingresso de PARTICIPANTE em local de exame portando qualquer tipo de arma.
- 8.4.10. Durante a aplicação do exame escrito (objetivo), poderá ser feito o uso de detectores de metal e/ou sinais de comunicação, nas situações em que a Comissão julgar necessário.
- 8.4.11. Por motivo de segurança, os PARTICIPANTES somente poderão ausentar-se definitivamente do recinto de realização do exame escrito (objetivo), depois de decorrida 01 (uma) hora do seu início, sob pena de exclusão do PSU-RESMED/CE – 2018.
- 8.4.12. Ao terminar o exame, o PARTICIPANTE entregará, OBRIGATORIAMENTE, ao fiscal de sala a sua folha de respostas assinada (conforme a assinatura constante do documento oficial de identidade original com foto que fora apresentado) e o seu caderno de exame.
- 8.4.13. O caderno do exame escrito (objetivo) e o gabarito preliminar serão disponibilizados no Portal de acompanhamento do PSU-RESMED/CE – 2018, no endereço eletrônico: <http://www.resmedceara.ufc.br>, conforme data estabelecida no ANEXO III (Calendário) deste Edital.
- 8.4.14. A folha de respostas do PARTICIPANTE será disponibilizada em sua área privativa, na data estabelecida no ANEXO III (Calendário) deste Edital.
- 8.4.15. Os casos omissos, quando da aplicação do exame escrito (objetivo), serão resolvidos pela Coordenação do PSU-RESMED/CE – 2018.
- 8.4.16. Participará da etapa seguinte (2ª etapa) o PARTICIPANTE classificado, que obtiver 50% (cinquenta por cento) de acertos no exame escrito (objetivo), e que for selecionado

dentro do dobro do número de vagas em cada programa, ou em maior número, caso a Coordenação, por mera discricionariedade, tenha decidido o aumento.

## 8.5. DA ANÁLISE CURRICULAR (2ª ETAPA).

8.5.1. Esta etapa é de caráter **CLASSIFICATÓRIO e OBRIGATÓRIO**. Todavia, será **ELIMINATÓRIA** para os PARTICIPANTES que não acessarem o sistema computacional, nos termos do item 8.5.4.2. Serão avaliados os currículos dos PARTICIPANTES que obtiveram, no mínimo, 50% (cinquenta por cento) de acertos no EXAME ESCRITO – 1ª ETAPA, obedecidos o limite estabelecido no item 8.4.16.

8.5.2. Os PARTICIPANTES classificados para 3ª Etapa (ANÁLISE CURRICULAR) deverão enviar os documentos definidos no ANEXO IV, por meio eletrônico, na data estabelecida no ANEXO III (Calendário) deste Edital, não haverá outra forma para submissão. Deverá seguir as orientações do sistema de submissão no PORTAL PSU/RESMED/CE-2018, endereço eletrônico: <http://www.resmedceara.ufc.br>, quais sejam:

8.5.2.1. Cadastrar e/ou atualizar o currículo na plataforma lattes (<http://lattes.cnpq.br>);

8.5.2.2 Deverá acessar o Portal, para obter as informações necessárias para o envio (*upload*) dos documentos comprobatórios exigidos;

8.5.2.3. Preencher o formulário padronizado da análise de currículo, que estará disponível no sistema, e enviá-lo eletronicamente (*upload*).

8.5.3. A Executora do PSU-RESMED/CE – 2018 considerará apenas as informações e documentações apresentadas pelo PARTICIPANTE durante o **prazo** estabelecido no ANEXO III (Calendário) e de acordo com a normatização do Manual do Participante. **NÃO HAVERÁ POSSIBILIDADE DE ADIÇÃO DE DOCUMENTOS POSTERIORMENTE**, inclusive na fase de recursos, sendo o sistema computacional bloqueado para tal finalidade.

8.5.4. O PARTICIPANTE deverá, OBRIGATORIAMENTE, acessar o sistema computacional na fase da análise curricular, conforme **prazo** estabelecido no ANEXO III (Calendário) para realizar o envio dos documentos (*upload*) ou para indicar nos espaços adequados “NADA A DECLARAR”.

8.5.4.1. Ao PARTICIPANTE que marcar “NADA A DECLARAR” em todos os itens da análise curricular, por não dispor dos títulos indicados pela Banca Examinadora, será atribuído ZERO PONTO nessa etapa, mas continuará participando regulamente do PSU-RESMED/CE – 2018, sem prejuízo da pontuação auferida até a presente fase.

8.5.4.2. O PARTICIPANTE que não acessar o sistema computacional, conforme **prazo** estabelecido no ANEXO III (Calendário), ESTARÁ ELIMINADO do PSU-RESMED/CE – 2018.

8.5.4.3. Os documentos só serão pontuados se sua apresentação (forma e conteúdo) estiverem de acordo com as normas estabelecidas no ANEXO IV – Análise Curricular. Os documentos que não estiverem em conformidade com o exigido, não serão pontuados. São exemplos de situações que acarretam a não pontuação: apresentar artigo e não enviar a capa do periódico, contendo ISSN e/ou enviar certificado que não contenha os itens identificados e não anexar declaração adicional e/ou não anexar a carteira com validade e, ainda, quaisquer outros ônus assumidos pelo PARTICIPANTE.

8.5.5. O simples PREENCHIMENTO ON-LINE e o envio dos títulos para análise não garantem ao participante o direito líquido e certo dos pontos especificados no formulário para cada tipo de título. A obtenção dos pontos **somente** se concretizará após análise dos documentos pelo avaliador que poderá ou não aceitá-los, segundo as regras vigentes neste PSU-RESMED/CE – 2018.

8.5.6. A Banca Examinadora poderá, a qualquer momento, **solicitar a apresentação dos títulos originais**, para eventuais conferências e validação dos documentos anteriormente enviados.

8.5.7. Nos casos em que for constatado qualquer tipo de irregularidade nos títulos apresentados, a inscrição será suspensa e uma comissão reavaliará os títulos e decidirá pela eliminação do participante ou não. Não será aceito recurso nos casos de fraude, ficando a inscrição e todos os atos decorrentes desta NULOS.

## 8.6. DA ATRIBUIÇÃO DA NOTA FINAL DE CADA ETAPA.

8.6.1. As notas são padronizadas, valendo 100 (cem) pontos cada exame, com variação de peso, conforme descrito abaixo:

I – Fórmula aplicada para a 1ª Etapa:  $N1D = (N1Ex9)$

II – Fórmula aplicada para a 2ª Etapa:  $N2D = (N2Ex1)$

III – Fórmula aplicada para a nota final:  $NF = (N1D) + (N2D) = 100\%$

**Onde: N1E: nota da 1ª Etapa; N2E: nota da 2ª Etapa; N1D: nota definitiva da 1ª Etapa, correspondente a 90% (noventa por cento) da nota final; N2D: nota definitiva da 2ª Etapa, correspondente a 10% (dez por cento) da nota final; NF: nota final do participante.**

## 9. DOS RECURSOS

9.1. A partir da Publicação do Edital, os prazos de recursos estabelecidos no ANEXO III (Calendário) são improrrogáveis, salvo por caso fortuito e/ou força maior, a critério da Coordenação do PSU-RESMED/CE – 2018.

- 9.1.1. É de exclusiva responsabilidade do PARTICIPANTE o acompanhamento da publicação das decisões, objetos dos recursos, no endereço eletrônico: <http://www.resmedceara.ufc.br>, sob pena, se assim não fizer, de perda do prazo recursal (preclusão temporal).
- 9.2. Os resultados oficiais do exame escrito (objetivo) e da análise curricular serão divulgados no Portal do PSU-RESMED/CE – 2018, endereço eletrônico: <http://www.resmedceara.ufc.br>.
- 9.3. Somente serão considerados (recebidos) os recursos interpostos no prazo estipulado para a etapa a que se referem.
- 9.4. Não serão recebidos os recursos interpostos em prazo destinado a evento diverso do questionado, bem como não será permitida entrega de quaisquer documentos adicionais, sendo analisadas tão somente as razões de recurso.
- 9.5. A Executora do PSU-RESMED/CE – 2018 não se responsabiliza por recursos não recebidos por motivo de ordem técnica dos computadores, falha de comunicação, congestionamento das linhas de comunicação, falta de energia elétrica, bem como outros fatores que impossibilitem a transferência de dados.
- 9.6. O PARTICIPANTE deverá ser claro, consistente e objetivo em seu pleito, não devendo impetrar recurso coletivo, nem as razões serem idênticas às de outro PARTICIPANTE.
- 9.7. O recurso interposto por Procurador somente será aceito se estiver acompanhado de procuração simples com firma reconhecida em cartório, e de cópia do documento de identificação do PARTICIPANTE e do PROCURADOR.
- 9.8. Não serão recebidos recursos interpostos por fac-símile (fax), telex, telegrama, ou outro meio que não seja o especificado neste Edital para cada etapa.
- 9.9. A Executora do PSU-RESMED/CE – 2018 constitui única e última instância para recurso, sendo soberana em suas decisões, razão pela qual não caberão recursos administrativos adicionais.
- 9.10. Os recursos serão examinados por uma Banca Avaliadora, que emitirá parecer deferindo ou indeferindo as razões apresentadas pelo PARTICIPANTE.
- 9.11. Serão indeferidos os recursos:
- a) cujo teor desrespeite a Executora do PSU-RESMED/CE – 2018;
  - b) que estejam em desacordo com as especificações contidas neste Edital;
  - c) cuja fundamentação não corresponda à questão recorrida;
  - d) sem fundamentação e/ou com fundamentação inconsistente;
  - e) que sejam incoerentes ou intempestivos;

f) que impossibilitem a leitura (ilegíveis e\ou em outro idioma).

9.12. Caberá interposição de recursos, devidamente fundamentados, à Executora do PSU-RESMED/CE – 2018, contra resultado de decisões, assim entendidos:

a) contra **INDEFERIMENTO DO PEDIDO DE ISENÇÃO**;

b) contra **INDEFERIMENTO DA INSCRIÇÃO**, nas condições: de pagamento não confirmado (dentro do prazo estipulado no Edital), de especialidade e opção(ões) diversas das escolhidas pelo PARTICIPANTE no ato da inscrição, e de atendimento especial;

c) contra **QUESTÕES DO EXAME ESCRITO (OBJETIVO) E GABARITO PRELIMINAR DO EXAME ESCRITO (OBJETIVO) - 1ª ETAPA**;

d) contra **RESULTADO INDIVIDUAL DO EXAME ESCRITO (OBJETIVO) - 1ª ETAPA**;

e) contra **RESULTADO INDIVIDUAL DA ANÁLISE CURRICULAR - 2ª ETAPA**.

### 9.13. DO RECURSO AO INDEFERIMENTO DO PEDIDO DE ISENÇÃO

9.13.1 Na data estabelecida no ANEXO III (Calendário), o PARTICIPANTE DEVERÁ consultar a situação do pedido de isenção, para verificar se seu nome foi confirmado como não pagante (isento). Nos casos de indeferimento do pedido de isenção, o PARTICIPANTE DEVERÁ preencher Formulário de Requerimento Administrativo, disponível no Portal de acompanhamento do PSU-RESMED/CE – 2018 (endereço eletrônico: <http://www.resmedceara.ufc.br>), para revisão da documentação apresentada anteriormente e enviar as razões de recurso, EXCLUSIVAMENTE, para o e-mail: [isencao@resmedceara.ufc.br](mailto:isencao@resmedceara.ufc.br). Não será possível adição de novos documentos.

### 9.14. DO RECURSO AO INDEFERIMENTO DA INSCRIÇÃO

9.14.1. Na data estabelecida no ANEXO III (Calendário), o PARTICIPANTE DEVERÁ consultar a situação da sua inscrição, verificando se o seu nome foi confirmado como pagante, se está de acordo com a especialidade e opção(ões) escolhida(s), bem como se o pedido de atendimento especial foi deferido. Caso não sejam confirmadas tais informações, o PARTICIPANTE deverá preencher Requerimento de Recurso Administrativo, disponível no Portal de acompanhamento do PSU-RESMED/CE – 2018 (endereço eletrônico: <http://www.resmedceara.ufc.br>) e enviar as razões para o e-mail: [documentos@resmedceara.ufc.br](mailto:documentos@resmedceara.ufc.br), com os documentos que comprovam o pagamento, na data (contábil), do boleto referente à inscrição ou a ficha de inscrição, salva em PDF, não sendo considerados (recebidos), portanto, os recursos instruídos por impressões de tela de computador (*printscreen*) do navegador, nos termos do item 6.7.3, ou, ainda, a revisão do pedido de atendimento especial, sob pena de o recurso não ser conhecido.

- 9.14.2. Em conformidade com o item 6.7.2, é vedado recurso para alteração da especialidade escolhida no ato de sua inscrição e/ou alteração da(s) opção(ões) de prioridade de Instituição(ões).
- 9.14.3. Constitui dever do PARTICIPANTE certificar-se de que todos os atendimentos especiais necessários, solicitados no ato da inscrição para a realização de seu exame, foram contemplados, salvo aqueles que tiverem sido indeferidos por motivo justificado.
- 9.14.4. O PARTICIPANTE que tiver o pedido de atendimento especial indeferido, por não atendimento ao definido no item 7 do presente Edital, não poderá complementar documentação. Em caso de fato superveniente ocorrido, poderá pleitear o atendimento especial por meio de novo requerimento.
- 9.14.5. O recurso somente será recebido e analisado, se a intenção do pedido em questão for fundamentada de forma clara e objetiva, levando-se em consideração os documentos já existentes. Todavia, nos casos de não confirmação de pagamento, o PARTICIPANTE deverá enviar a cópia do boleto bancário pago para fins de verificação.

#### **9.15. DO RECURSO ÀS QUESTÕES E GABARITO PRELIMINAR DO EXAME ESCRITO (OBJETIVO) - 1ª ETAPA.**

- 9.15.1. Serão disponibilizados, na data prevista no ANEXO III (Calendário), o caderno do Exame, os gabaritos preliminares e o espelho da folha de respostas do PARTICIPANTE.
- 9.15.1.1. O espelho da folha de respostas do PARTICIPANTE será disponibilizado para mera conferência e eventual recurso, não sendo, portanto, vinculado à pontuação deste até a divulgação do gabarito final oficial das **QUESTÕES DO EXAME ESCRITO (OBJETIVO)**.
- 9.15.2. Os recursos contra as questões do exame escrito (objetivo) deverão ser entregues no 1º Andar dos Ambulatórios Especializados do Hospital Universitário Walter Cantídio – UFC/CE (ILHAS), situado à Rua Coronel Nunes de Melo – S/N, Rodolfo Teófilo, Fortaleza-Ceará, na (s) data (s) e horário (s) estabelecido (s) no ANEXO III (Calendário).
- 9.15.3. O gabarito preliminar do exame escrito (objetivo) – 1ª etapa corresponde apenas a mera expectativa de resposta, não gerando, em nenhuma hipótese, direito adquirido à pontuação ao PARTICIPANTE. O gabarito poderá sofrer alterações até a sua divulgação definitiva, sem prejuízo das eventuais modificações (para maior ou menor) nas pretensas pontuações individuais esperadas pelos PARTICIPANTES, em comparação com o gabarito preliminar.
- 9.15.4. O PARTICIPANTE deverá preencher **01 (UM) FORMULÁRIO DE REQUERIMENTO PARA CADA QUESTÃO** de que pretenda a mudança do gabarito apontado pela Executora do PSU-



RESMED/CE – 2018 e, de forma clara e objetiva, fundamentar as razões do seu recurso.

9.15.4.1. O preenchimento incompleto ou de forma incorreta do formulário inviabiliza a análise da questão, sendo de responsabilidade exclusiva do PARTICIPANTE, para que o recurso seja analisado. O Formulário de Requerimento está disponível no Portal do PSU-RESMED/CE – 2018, endereço eletrônico: <http://www.resmedceara.ufc.br>, e deverá ser entregue em 02 (duas) vias (original e cópia, que será o protocolo de entrega).

9.15.5. Nos casos de alteração de gabarito preliminar, por força de provimento de algum recurso e/ou erro material, o exame escrito (objetivo) – 1ª etapa será corrigido em conformidade com o gabarito oficial final.

9.15.6. Em caso de ANULAÇÃO, de quaisquer das questões do exame escrito (objetivo), será atribuída a pontuação correspondente aos PARTICIPANTES que tenham realizado o mesmo tipo de exame, inclusive aos que não tenham interposto recurso. Nas hipóteses de troca de gabarito, será considerado, para efeitos de correção e atribuição de pontuação, somente o resultado do gabarito final, não tendo, portanto, direito adquirido à pontuação o PARTICIPANTE que anteriormente tenha marcado, em conformidade com o gabarito preliminar.

#### **9.16. RECURSO CONTRA O RESULTADO INDIVIDUAL DO EXAME ESCRITO (OBJETIVO) – 1ª ETAPA**

9.16.1. Após a divulgação do resultado PRELIMINAR INDIVIDUAL (número de acertos) do exame escrito (objetivo) – 1ª etapa, o PARTICIPANTE poderá recorrer da nota atribuída pela Executora do PSU-RESMED/CE – 2018, e entregar o Formulário de Recurso Administrativo, disponível no Portal de acompanhamento do PSU-RESMED/CE – 2018 (endereço eletrônico: <http://www.resmedceara.ufc.br>), com as razões do recurso no 1º Andar dos Ambulatórios Especializados do Hospital Universitário Walter Cantídio – UFC/CE (ILHAS), situado à Rua Coronel Nunes de Melo – S/N, Rodolfo Teófilo, Fortaleza-Ceará, na (s) data (s) e horário (s) estabelecido(s) no ANEXO III (Calendário).

9.16.1.1. É vedado, e não será recebido, recurso contra gabarito final das **QUESTÕES DO EXAME ESCRITO (OBJETIVO)**.

9.16.2. O PARTICIPANTE deverá fundamentar de forma clara e objetiva as razões do recurso contra o RESULTADO INDIVIDUAL do exame escrito (objetivo). Não serão recebidos recursos de etapa diversa.

9.16.3. Após a análise dos recursos interpostos, será divulgada lista de classificados e selecionados para a etapa subsequente, dentro do dobro do número vagas em cada programa ou, em maior número, caso a coordenação, por mera discricionariedade, tenha decidido o aumento.

### **9.17. DO RECURSO AO RESULTADO PRELIMINAR DA ANÁLISE CURRICULAR (2ª ETAPA)**

- 9.17.1. Será disponibilizado, para a possibilidade de recurso, o espelho da análise curricular do PARTICIPANTE, acompanhado da pontuação auferida, que fora atribuída pela Banca Examinadora, após a análise dos documentos enviados pelo sistema (*upload*).
- 9.17.2. Somente será apreciado o recurso que seja expresso em termos convenientes, que aponte circunstâncias que o justifiquem e que seja interposto dentro do prazo, conforme estabelecido no ANEXO III (Calendário), considerando-se, para esse efeito, a data do respectivo protocolo.
- 9.17.3. O recurso será EXCLUSIVAMENTE presencial e deverá ser entregue no 1º Andar dos Ambulatórios Especializados do Hospital Universitário Walter Cantídio – UFC/CE. (ILHAS), situado à Rua Coronel Nunes de Melo – S/N, Rodolfo Teófilo, Fortaleza-Ceará. Não será aceito recurso interposto por via postal, fax, e-mail, telegrama ou outro meio não especificado neste Edital. Não será possível adição de novos documentos.

## **10. DA CLASSIFICAÇÃO E DO DESEMPATE**

### **10.1. DA CLASSIFICAÇÃO DA PRIMEIRA ETAPA**

- 10.1.1. Serão classificados os participantes que obtiverem, no mínimo, 50% de acertos no exame escrito (objetivo) e selecionados para a etapa subsequente, correspondente a 02 (duas) vezes o número de vagas disponíveis em cada programa ou, em maior número, ficando a critério da coordenação, por mera discricionariedade, tal decisão. A classificação final dessa etapa será em ordem decrescente do número de pontos obtidos pelos PARTICIPANTES e se dará após a divulgação do Resultado Individual oficial final do exame escrito (objetivo).
- 10.1.2. Caso não haja PARTICIPANTES em número maior que o dobro do número de vagas ofertadas, para a respectiva especialidade, todos os PARTICIPANTES classificados que concorrerem à mesma especialidade serão selecionados para a 2ª etapa, desde que atendam ao critério definido no item 10.1.1 (obtenção de, no mínimo, 50% de acertos no exame escrito – (objetivo) – 1ª etapa).

### **10.2 DA CLASSIFICAÇÃO FINAL**

- 10.2.1 A classificação final obedecerá à ordem decrescente do número de pontos obtidos na nota final pelos PARTICIPANTES classificados, que tenham participado de todas as etapas do PSU-RESMED/CE – 2018, para o programa e opção(ões) de instituição(ões) indicada(s), salvo na hipótese do item 11.8.1 deste Edital.

- 10.2.1.1. Os PARTICIPANTES que não estiverem dentro do número de vagas ofertadas serão considerados classificáveis, podendo ser convocados, em caso de desistência de PARTICIPANTE classificado.

### 10.3 DO DESEMPATE

10.3.1. Ocorrendo empate de classificação em qualquer uma das etapas, o desempate entre os PARTICIPANTES ocorrerá, levando-se em consideração os critérios abaixo relacionados, sucessivamente:

10.3.1.1. maior nota individual no EXAME ESCRITO (OBJETIVO) – 1ª ETAPA;

10.3.1.2. maior nota individual na ANÁLISE CURRICULAR – 2ª ETAPA;

10.3.1.3. maior idade, considerando dia, mês e ano e, se necessário, hora e minuto do nascimento;

10.3.1.4. em caso, ainda, de persistência no empate, poderá ser realizado sorteio, na presença dos PARTICIPANTES empatados, através do número de inscrição.

10.4. Será publicada, no Portal de acompanhamento do PSU-RESMED/CE – 2018, a lista de convocados para efetuar matrícula diretamente nas Instituições participantes, bem como disponibilizada, a partir da segunda convocação, na área individual do PARTICIPANTE, a opção de confirmar a matrícula.

### 11. DA CONVOCAÇÃO

11.1. As convocações serão, única e exclusivamente, realizadas no Portal do PSU-RESMED/CE – 2018, nas datas previstas no ANEXO III (Calendário). A elaboração das listas convocatórias, feitas pelo sistema computacional, utilizará a classificação final (nota final obtida) e a ordem de preferência das Instituições indicadas pelo PARTICIPANTE no ato da inscrição, para ordenar as autorizações de matrícula que serão disponibilizadas no Portal de acompanhamento do PSU-RESMED/CE – 2018, bem como na área individual do PARTICIPANTE.

11.2. O PARTICIPANTE, em sua primeira convocação, DEVERÁ, OBRIGATORIAMENTE, EFETUAR A MATRÍCULA; caso não a efetue, será considerado desistente do PSU-RESMED-CE – 2018, seu nome não constará mais nas listas de convocações subsequentes e não poderá pleitear matrícula em nenhuma hipótese.

11.3. O PARTICIPANTE que, em sua primeira convocação, for matriculado em sua 1ª opção não terá mais seu nome divulgado nas listas de convocações subsequentes, excetuando os casos do disposto no item 11.8.4.

11.4. Em caso de vagas disponíveis, o PARTICIPANTE, matriculado em sua 1ª convocação, poderá ser convocado novamente, com o objetivo de atingir vaga superior à que esteja ocupando em sua lista de preferências. Na fase de convocações, o PARTICIPANTE não poderá pleitear vagas listadas de menor preferência a que esteja ocupando em sua lista de prioridades, excetuando os casos do disposto no item 11.8.4.

- 11.4.1. Após eventual mudança de Instituição, o nome do PARTICIPANTE não constará mais nas listas de convocações subsequentes e não poderá pleitear nova matrícula, em nenhuma hipótese, mesmo se a oferta de vagas for modificada, inclusive na fase de repescagem, em observância a novos pareceres da CNRM e destinação de bolsas das fontes pagadores, ou seja, só poderá mudar de Instituição uma única vez.
- 11.5. O PARTICIPANTE matriculado, que for convocado para ocupar uma nova vaga em Instituição de sua maior preferência, deverá se dirigir à nova Instituição, munido novamente de toda documentação (constante no Anexo V), bem como Termo de Desistência (disponibilizado no Portal do PSU-RESMED/CE – 2018) da Instituição de origem para realizar a nova matrícula; verificando, OBRIGATORIAMENTE, dentro do período de matrícula constante no ANEXO III (Calendário), a efetivação desta em sua área individual de acompanhamento.
- 11.5.1. Caso constate qualquer informação em desacordo com a sua opção, deverá comunicar o ocorrido, IMEDIATAMENTE, por e-mail: [contato@resmedceara.ufc.br](mailto:contato@resmedceara.ufc.br).
- 11.6. O PARTICIPANTE que não comparecer à Instituição para efetivar a matrícula, mas tenha interesse em continuar nas convocações subsequentes deverá, na sua área individual, manifestar que não tem interesse na mudança, acionando o comando “NÃO CONFIRMAR”. Feito isso, continuará na instituição em que está matriculado e poderá pleitear progressão para vaga de maior preferência em outra eventual chamada. A vaga ofertada será automaticamente disponibilizada para o próximo PARTICIPANTE a ser convocado.
- 11.7. O PARTICIPANTE que se mantiver silente, ou seja, que não comparecer para realizar a nova matrícula (conforme item 11.5) ou não acessar a área individual para acionar o comando “NÃO CONFIRMAR”(conforme item 11.6), SERÁ AUTOMATICAMENTE ELIMINADO DAS CONVOCAÇÕES SUBSEQUENTES, não podendo pleitear outras vagas até o final do PSU-RESMED/CE – 2018, permanecendo matriculado na Instituição em que se encontra.

## 11.8. DOS CRITÉRIOS DE EVENTUAL REPESCAGEM

- 11.8.1. Considera-se finalizada a seleção com a 3ª convocação. Contudo, em caso de vagas remanescentes, por eventuais desistências pelos PARTICIPANTES convocados no processo de qualquer programa e instituições, **FIARÁ A CRITÉRIO DISCRICIONÁRIO (OPORTUNIDADE E CONVENIÊNCIA)** da Executora do **PSU-RESMED/CE – 2018** convocar os PARTICIPANTES constantes da lista de classificados aptos a realizar troca, bem como, posteriormente, aqueles que não foram selecionados dentro do número estabelecido de vagas (classificáveis), desde que tenham atendido aos critérios estabelecidos no presente Edital.
- 11.8.2. Ratifica-se que, visando ao preenchimento de eventuais vagas ociosas, em favor do Programa, a critério da Coordenação, por mera conveniência e oportunidade, os participantes que realizaram todas as etapas do PSU-RESMED/CE – 2018 **PODERÃO** ser convocados para a repescagem.

11.8.3. Na situação constante no item 11.8.1, será divulgada lista, com as vagas disponíveis, para os PARTICIPANTES interessados em ocupá-las, os quais deverão comparecer em local, a definir, que será divulgado no Portal do PSU-RESMED/CE – 2018, em data prevista no ANEXO III (Calendário).

11.8.4. Ainda na situação do item 11.8.1, as vagas que surgirem, devido à desistência e/ou não ocupadas, serão disponibilizadas nos dias previstos no ANEXO III (Calendário) para opção e matrícula. Nesta situação, os participantes poderão mudar as opções pelas instituições e a especialidade selecionadas no ato da inscrição, obedecendo aos seguintes critérios e prioridades:

11.8.4.1. as provas classificatórias feitas devem ter sido as mesmas;

11.8.4.2. a prioridade da vaga será sempre do PARTICIPANTE que tenha optado pela especialidade no ato da inscrição;

11.8.4.3. havendo vagas ainda remanescentes após a convocação dos PARTICIPANTES que escolheram a mesma especialidade, em conformidade com o item 11.8.4.2., será(ão) disponibilizada(s) a(s) vaga(s) para mudança de programa, obedecendo ao critério de maior pontuação para preenchimento da vaga.

11.8.5. Após a indicação dos participantes para preenchimento das vagas remanescentes, em conformidade com os critérios previstos no Edital, o PARTICIPANTE ou seu Procurador legal deverá, no dia constante no ANEXO III (Calendário), dirigir-se à Instituição para efetuar a matrícula. O PARTICIPANTE ficará obrigado a se apresentar na instituição em que fora matriculado, no 1º dia útil subsequente, sob pena, caso não se apresente, de perda da vaga, sendo esta disponibilizada, a critério da Executora do PSU-RESMED/CE – 2018, **NUMA EVENTUAL CONVOCAÇÃO DE REPESCAGEM ADICIONAL.**

11.8.5.1. Numa eventual repescagem adicional (nova repescagem), todos os critérios estabelecidos no item 11 do Edital para convocação serão seguidos.

11.8.6. A Coordenação Geral do PSU-RESMED/CE – 2018, portanto, poderá, por mera liberalidade e conveniência, convocar os participantes que atendem aos critérios do Edital até 31/03/2018; após essa data, não serão mais aceitas convocações, nem novas matrículas, através do PSU-RESMED/CE – 2018.

## 12. DA MATRÍCULA E DO INÍCIO DO PROGRAMA

12.1. Não cabe ao PARTICIPANTE o direito líquido e certo à matrícula e a concretização desta fica DESDE JÁ condicionada à observância das disposições legais pertinentes, dentre elas a liberação das vagas e das bolsas, de acordo com o interesse e a conveniência das Instituições responsáveis, e ao respeito rigoroso do desempenho dos PARTICIPANTES classificados, observada a ordem de pontuação decrescente por opção de especialidade e a(s) opção (ões) de preferência (s) pela (s) Instituição (ões), fornecida (s) no ato da inscrição.

- 12.2. O PARTICIPANTE convocado para realizar matrícula deverá comparecer à Instituição indicada no Portal do PSU-RESMED/2018, munidos das cópias e originais dos respectivos documentos comprobatórios exigidos, constantes no ANEXO V.
- 12.3. No caso de Serviço Militar, obrigatório ou voluntário, o PARTICIPANTE, após efetuar a sua matrícula, poderá requisitar o adiamento do início do programa por 01 (um) ano, nos termos da Resolução CNRM nº 04 de 30 de setembro de 2011.
- 12.3.1. A reserva de vagas de que trata o item 12.3, restringe-se a médicos residentes que prestam serviço militar, obrigatório ou voluntário, e não se aplica a outros cursos de formação de oficiais, ofertados pelas Forças Armadas.
- 12.4. O início do ano letivo para todos os programas está previsto para o 1º (primeiro) dia útil do mês de março de 2018, conforme Resolução CNRM Nº 02, de 01 de setembro de 2011. Outras datas para o início dos programas estão previstas no ANEXO III (Calendário).
- 12.5. O PARTICIPANTE matriculado que não comparecer para iniciar o seu treinamento ou não justificar por escrito sua ausência, em até, no máximo, 24 (vinte e quatro) horas após a data estabelecida no ANEXO III (Calendário), será considerado desistente, não podendo pleitear nova matrícula, em conformidade com o artigo 8º da Resolução CNRM nº.1, de 03 de janeiro de 2017.
- 12.6. Após o fechamento do sistema de matrículas, o SISCNRM (<http://siscnrm.mec.gov.br/login/login>), não será possível a inclusão de novos residentes pelas Instituições participantes.

### 13. DA HOMOLOGAÇÃO

- 13.1. A homologação será feita por ato EXCLUSIVO do Coordenador e será publicada no PORTAL DE ACOMPANHAMENTO do PSU-RESMED/CE – 2018, bem como no Diário Oficial da União (DOU).

### 14. DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

- 14.1. A inexistência das afirmativas contidas em documentos apresentados, ainda que verificadas posteriormente, eliminará o PARTICIPANTE, anulando-se os atos decorrentes da inscrição.
- 14.2. Os PARTICIPANTES, regularmente inscritos no PSU-RESMED/CE – 2018 poderão tirar dúvidas sobre o presente Edital EXCLUSIVAMENTE por meio do e-mail: [contato@resmedceara.ufc.br](mailto:contato@resmedceara.ufc.br) ou do PORTAL DE ACOMPANHAMENTO DO PSU-RESMED/CE – 2018, endereço eletrônico: <http://www.resmedceara.ufc.br>. **NÃO SERÃO ACEITOS QUESTIONAMENTOS POR TELEFONE NEM POR CONTATO PESSOAL NAS DEPENDÊNCIAS DA COORDENAÇÃO.**
- 14.3. Em atenção à Lei Federal nº 6.932, de 07 de julho de 1981-DOU de 09/08/1981, a executora do PSU-RESMED/CE – 2018 não possui o condão para CRIAÇÃO DE QUALQUER VAGA DE RESIDÊNCIA MÉDICA. As vagas ofertadas no presente Edital foram aprovadas e credenciadas previamente pela Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM).

- 14.4. Os valores pertinentes ao pagamento das bolsas, em regime especial de treinamento em serviço de 60 (sessenta) horas semanais, são definidos por Portaria Interministerial do Ministério da Educação e Saúde e serão custeados pela Instituição – oriundos das mais diversas Esferas – a que o médico residente será vinculado, considerando que a ARES é mera executora do PSU-RESMED – 2018, exaurindo sua responsabilidade com a entrega do resultado à instituição conveniada.
- 14.5. A Executora do PSU-RESMED/CE – 2018 não fornecerá atestados, certificados ou certidões, relativos à classificação ou notas dos PARTICIPANTES.
- 14.6. **Não haverá vínculo empregatício** para qualquer fim entre o médico residente e a Instituição ofertante da vaga, nem entre médico residente e a Executora do PSU-RESMED/CE – 2018. O médico residente, em conformidade com Art. 4º, §1º da Lei nº 6.932, de 07 de julho de 1981, será filiado ao Regime Geral de Previdência Social – RGPS, como contribuinte individual.
- 14.7. Não será admitido recurso contra o resultado final.
- 14.8. O programa de Residência Médica vinculará todos os médicos residentes matriculados à apresentação de um Trabalho de Conclusão (residência) que deverá ser publicado em periódico médico indexado, como exigência de recebimento do certificado de conclusão.
- 14.9. A Comarca de Fortaleza é o foro competente para decidir sobre quaisquer ações judiciais ou medidas extrajudiciais interpostas com respeito ao presente Edital e à respectiva seleção.

Fortaleza – CE, 19 de setembro de 2017.

**Prof. Salustiano Gomes de Pinho Pessoa**  
**(Coordenador Geral do PSU-RESMED/CE – 2018)**

**ANEXO I – RELAÇÃO DAS INSTITUIÇÕES PARTICIPANTES**

**UFC – Universidade Federal do Ceará – Campus Fortaleza**  
 Rua: Capitão Francisco Pedro, 1290, Rodolfo Teófilo, CEP: 60430-370

**UFC – Universidade Federal do Ceará - Campus Sobral**  
 Rua: Antônio Crisóstomo De Melo, 919, Centro, Sobral-Ceará, CEP: 62010-550

**Universidade Federal do Cariri – UFCA – Barbalha**  
 Rua: Divino Salvador, 284, Rosário, BARBALHA-CE.

**Faculdade de Medicina Estácio de Juazeiro do Norte – Estácio**  
 Avenida Tenente Raimundo Rocha, 515 – Cidade Universitária – Juazeiro do Norte – Ceará – CEP: 63.048-080.

**Secretaria de Saúde do Município de Fortaleza**  
 Rua do Rosário, 283 – Centro, Fortaleza – CE, 60055-090.

**Secretaria de Saúde do Estado do Ceará**  
 Avenida Almirante Barroso, 600 – Praia de Iracema, Fortaleza – CE, 60060-440.

**Santa Casa de Misericórdia de Fortaleza**  
 Rua Barão do Rio Branco – nº20 Centro – Fortaleza Ceará

**Secretária de Saúde do Município de Sobral**  
 Rua Viriato de Medeiros, 1.205, Centro, Sobral.

**Hospital Haroldo Juaçaba – ICC – Instituto do Câncer do Ceará**  
 Rua Papi Júnior, Fortaleza – CE, 60351-010.

**FUNCIPE – Fundação de Ciência e Pesquisa Maria Ione Xerez Vasconcelos**  
 Rua Deputado João Pontes nº 1277 – Fátima – Fortaleza Ceará

**Instituto Doutor José Frota**  
 Rua: Barão do Rio Branco, 1816, Centro – Fortaleza Ceará.



**ANEXO II – PROGRAMAS ACESSO DIRETO NÚMERO DE VAGAS OFERTADAS, VAGAS RESERVADAS PARA SERVIÇO MILITAR E DURAÇÃO.**

PROGRAMAS COM ANOS ADICIONAIS		VAGAS			
ESPECIALIDADE ANOS ADICIONAIS	INSTITUIÇÃO	VAGAS OFERTADAS	VAGAS RESERVA MILITAR	DURAÇÃO PROGRAMA	PRÉ-REQUISITO
ANESTESIOLOGIA (R4) ÁREA DE ATUAÇÃO DOR	HUWC – UFC	01	00	01 ano	Anestesiologia
	TOTAL	21	00		
CARDIOLOGIA PEDIÁTRICA (R3)	ESP/HM	02	00	02 anos	Cardiologia ou Pediatria
	TOTAL	02	00		
CARDIOLOGIA (R3) ECOCARDIOGRAMA	HUWC - UFC	02	00	01 ano	Cardiologia
	ESP/HM	02	00		
	TOTAL	04	00		
Cardiologia (R3) Hemodinâmica e Cardiologia Intervencionista	ESP/HM	01	00	02 anos	Cardiologia
	Total	01	00		
Cirurgia Vascul ar (R3) Área de Atuação em Ecografia Vascul ar com Doppler	HUWC – UFC	02	00	01 ano	Cirurgia Vascul ar
	Total	02	00		
Clínica Médica (R3)	HUWC – UFC	02	00	01 ano	Clínica Médica
	Santa Casa de Misericórdia de Fortaleza	02	00		
	Total	04	00		
Endocrinologia Pediátrica (R3)	HUWC – UFC	02	00	02 anos	Pediatria
	Total	02	00		
Gastroenterologia (R3) em Hepatologia	ESP/ HGF	01	00	01 ano	Gastroenterologia
	Total	01	00		
Gastroenterologia Pediátrica (R3)	ESP/ HIAS	01	00	02 anos	Gastroenterologia ou Pediatria
	Total	01	00		
Gastroenterologia (R3) Área de Atuação Endoscopia Digestiva	HUWC – UFC	01	00	01 ano	Gastroenterologia / Endoscopia / Cirurg. do aparelho digestivo/ Coloproctologia
	ESP/ HGF	02	00		
	Total	03	00		
Hematologia e Hemoterapia Pediátrica (R3)	ESP/HIAS	01	00	02 anos	Pediatria ou Hematologia e Hemoterapia
	Total	01	00		
Hematologia e Hemoterapia R3 Transplante Medula óssea	HUWC – UFC	02	00	01 ano	Hematologia e Hemoterapia
	Total	02	00		
Infec tologia Pediátrica	ESP/ HSJ	01	00	02 anos	Infec tologia ou pediatria
	Total	01	00		

PROGRAMAS COM ANOS ADICIONAIS		VAGAS			
ESPECIALIDADE ANOS ADICIONAIS	INSTITUIÇÃO	VAGAS OFERTADAS	VAGAS RESERVA MILITAR	DURAÇÃO PROGRAMA	PRÉ-REQUISITO
Medicina Intensiva (R3) Área de Atuação em Nutrição Enteral e Parenteral	HUWC - UFC	01	00	01 ano	Medicina Intensiva
	Total	01	00		
Medicina Intensiva Pediátrica	ESP/ HIAS	01	00	02 anos	Medicina Intensiva ou Pediatria
	ESP/ HGWA	01	00		
	Total	02	00		
Nefrologia (R3) Área de Atuação Transplante Renal	HUWC – UFC	02	00	01 ano	Nefrologia
	Total	02	00		
Cirurgia do Aparelho Digestivo – Transplante de Fígado – (R3)	HUWC – UFC	01	00	01 ano	Cirurgia do Aparelho Digestivo
	Total	01	00		
Nefrologia Pediátrica (R3)	ESP/ HIAS	01	00	02 anos	Nefrologia ou Pediatria
	Total	01	00		
Neurofisiologia Clínica	ESP/ HGF	02	00	01 ano	Neurologia
	Total	02	00		
Neurorradiologia	ESP/HGF	02	00	1 ano	Neurologia ou Radiologia
	Total	02	00		
Neonatologia	HUWC – UFC	07	00	02 anos	Pediatria
	UFC Sobral/Santa Casa de Misericórdia	04	00		
	ESP/ HGF	03	00		
	ESP/ HIAS	04	00		
	ESP/ HGWA	01	00		
	Total	19	00		
Obstetrícia e Ginecologia R4 Endoscopia Ginecológica	HUWC – UFC	02	00	01 ano	Obstetrícia e Ginecologia
	ESP/ HGCC	01	00		
	Total	03	00		
Obstetrícia e Ginecologia (R4) Área de Atuação em Medicina Fetal	HUWC – UFC	01	00	01 ano	Obstetrícia e Ginecologia
	ESP/ HGCC	00	01		
	Total	01	01		
Ortopedia e Traumatologia (R4)	ESP/ HGF	01	00	01 ano	Ortopedia e Traumatologia
	Total	01	00		
Pneumologia (R3) Endoscopia Respiratória	ESP/ HM	02	00	01 ano	Pneumologia ou Cirurgia Torácica/ endoscopia
	Total	02	00		
Pneumologia Pediátrica (R3)	ESP/ HIAS	01	00	02 anos	Pneumologia ou Pediatria
	Total	01	00		

PROGRAMAS COM ANOS ADICIONAIS		VAGAS			
ESPECIALIDADE ANOS ADICIONAIS	INSTITUIÇÃO	VAGAS OFERTADAS	VAGAS RESERVA MILITAR	DURAÇÃO PROGRAMA	PRÉ-REQUISITO
Psiquiatria da Infância e Adolescência	HUWC – UFC	02	00	01 ano	Psiquiatria
	ESP/ HSMM	02	00		
	Total	04	00		
Reumatologia Pediátrica (R3)	ESP/ HGF	01	00	02 anos	Reumatologia ou Pediatria
	Total	01	00		
<b>TOTAL GERAL</b>		<b>68</b>	<b>01</b>		

- Após a seleção do médico, os ritos e atos para matrícula, bem como os referentes ao pagamento da bolsa do médico residente, ocorrerão por meio das Instituições participantes, sendo com recursos oriundos das mais diversas Esferas, podendo, inclusive, as fontes serem alteradas, no decorrer do certame e/ou durante o período da residência médica, visando atender ao orçamento institucional.
- As bolsas dos Programas de Residência Médica vinculadas a Escola de Saúde Pública (ESP/SESA) serão custeadas por 02 (duas) fontes pagadoras a critério da Instituição: 1 – Pró-residência; 2- Tesouro do Estado do Ceará;
- As bolsas dos Programas de Residência Médica vinculadas a UFC serão custeadas pelo MEC;
- As bolsas dos Programas de Residência Médica vinculadas as demais Instituições possuem fontes próprias para pagamentos.

**ANEXO III – CALENDÁRIO DE ATIVIDADES DO EDITAL Nº 03/2017 – ANOS ADICIONAIS**

ATIVIDADES DE EXECUÇÃO	INFORMAÇÕES ADICIONAIS	DATA/PERÍODO
Período de <b>DIVULGAÇÃO DO EDITAL</b>	EXCLUSIVAMENTE pela internet, por meio do endereço eletrônico: <a href="http://www.resmedceara.ufc.br">http://www.resmedceara.ufc.br</a>	19/09/2017
<b>SOLICITAÇÃO DE ISENÇÃO DA TAXA DE INSCRIÇÃO</b> por meio eletrônico	Preenchimento do formulário de solicitação de isenção e envio dos documentos comprobatórios, para o e-mail: <a href="mailto:isencao@resmedceara.ufc.br">isencao@resmedceara.ufc.br</a>	Dias 20 e 21//09/2017
<b>RESULTADO</b> das solicitações de <b>ISENÇÃO DE TAXA DE INSCRIÇÃO</b>	EXCLUSIVAMENTE pela internet, por meio do endereço eletrônico: <a href="http://www.resmedceara.ufc.br">http://www.resmedceara.ufc.br</a>	Até às 13h do dia 25/09/2017
Período de <b>RECURSO</b> administrativo da <b>ISENÇÃO DE TAXA DE INSCRIÇÃO</b>	Envio do formulário de recurso com os documentos comprobatórios, para o e-mail: <a href="mailto:isencao@resmedceara.ufc.br">isencao@resmedceara.ufc.br</a>	Dia 26/09/2017
<b>RESULTADO FINAL</b> das solicitações de <b>ISENÇÃO DE TAXA DE INSCRIÇÃO</b>	EXCLUSIVAMENTE pela internet, por meio do endereço eletrônico: <a href="http://www.resmedceara.ufc.br">http://www.resmedceara.ufc.br</a>	Dia 28/09/2017
<b>PERÍODO DE INSCRIÇÕES</b> ( <i>online</i> )	EXCLUSIVAMENTE pela internet, por meio do endereço eletrônico: <a href="http://www.resmedceara.ufc.br">http://www.resmedceara.ufc.br</a>	A partir das 13h do dia 29/09 até as 18h do dia 08/10/2017
<b>ENVIO ELETRÔNICO</b> de documentos comprobatórios para análise ao atendimento às pessoas portadoras de necessidades especiais (PNE)	Preenchimento de requerimento de Atendimento Especial e envio de documento comprobatório, para o e-mail: <a href="mailto:documentos@resmedceara.ufc.br">documentos@resmedceara.ufc.br</a>	A partir das 13h do dia 29/09 até as 18h do dia 08/10/2017
<b>ENVIO ELETRÔNICO</b> ( <i>upload</i> ) no ato da inscrição do certificado de conclusão do curso de Medicina ou a declaração com data de previsão de conclusão até dia 28/02/2018.	Envio para o e-mail: <a href="mailto:documentos@resmedceara.ufc.br">documentos@resmedceara.ufc.br</a>	A partir das 13h do dia 29/09 até 18h do dia 08/10/2017

ATIVIDADES DE EXECUÇÃO	INFORMAÇÕES ADICIONAIS	DATA/PERÍODO
Período para <b>PAGAMENTO DO BOLETO BANCÁRIO</b> (data contábil)	<i>Internet Banking</i> ou em qualquer agência e/ou correspondentes bancários e até a data contábil do vencimento	Até o dia 11/10/2017
<b>DIVULGAÇÃO</b> da lista preliminar das inscrições, com pagamento confirmado.	EXCLUSIVAMENTE pela internet, por meio do endereço eletrônico: <a href="http://www.resmedceara.ufc.br">http://www.resmedceara.ufc.br</a>	Dia 23/10/2017
Período de <b>RECURSO ADMINISTRATIVO</b> eletrônico ( <i>on-line</i> ) contra as inscrições	EXCLUSIVAMENTE pela internet, por meio do e-mail: <a href="mailto:documentos@resmedceara.ufc.br">documentos@resmedceara.ufc.br</a>	Dia 24/10/2017
<b>DIVULGAÇÃO</b> da lista final de inscrições deferidas	EXCLUSIVAMENTE pela internet, por meio do endereço eletrônico: <a href="http://www.resmedceara.ufc.br">http://www.resmedceara.ufc.br</a>	Dia 26/10/2017
<b>DIVULGAÇÃO</b> do local do Exame Escrito (objetivo)	EXCLUSIVAMENTE pela internet, por meio do endereço eletrônico: <a href="http://www.resmedceara.ufc.br">http://www.resmedceara.ufc.br</a>	Dia 31/10/2017
<b>EXAME ESCRITO (OBJETIVO)</b>	<b>PRESENCIAL – EXCLUSIVAMENTE na Cidade de Fortaleza – CE</b>	<b>05/11/2017 às 9 horas</b>
DIVULGAÇÃO do caderno do exame escrito (objetivo), para mera conferência.	EXCLUSIVAMENTE pela internet, por meio do endereço eletrônico: <a href="http://www.resmedceara.ufc.br">http://www.resmedceara.ufc.br</a>	Até as 13 horas do dia 06/11/2017
DIVULGAÇÃO do gabarito preliminar do exame escrito (objetivo) e folha resposta do PARTICIPANTE para mera conferência.	EXCLUSIVAMENTE pela internet, por meio do endereço eletrônico: <a href="http://www.resmedceara.ufc.br">http://www.resmedceara.ufc.br</a>	Até as 18 horas do dia 10/11/2017
Período de REQUERIMENTO de recurso administrativo <b>CONTRA QUESTÕES E GABARITO</b> preliminar do exame escrito (objetivo)	EXCLUSIVAMENTE presencial, entregue no 1º Andar dos Ambulatórios Especializados do Hospital Universitário Walter Cantídio – UFC/CE. (ILHAS), situado à Rua Coronel Nunes de Melo – S/N, Rodolfo Teófilo, Fortaleza-Ceará	13/11 e 14/11/2017, no horário das 9 às 16 horas.
<b>RESULTADO FINAL DO GABARITO</b> do exame escrito (objetivo) e número de acertos do PARTICIPANTE.	EXCLUSIVAMENTE pela internet, por meio do endereço eletrônico: <a href="http://www.resmedceara.ufc.br">http://www.resmedceara.ufc.br</a>	Até as 13 horas do dia 22/11/2017

ATIVIDADES DE EXECUÇÃO	INFORMAÇÕES ADICIONAIS	DATA/PERÍODO
Período de requerimento de RECURSO administrativo <b>CONTRA NÚMERO DE ACERTOS</b> individual do participante no exame escrito (objetivo).	EXCLUSIVAMENTE presencial, entregue no 1º Andar dos Ambulatórios Especializados do Hospital Universitário Walter Cantídio – UFC/CE. (ILHAS), situado à Rua Coronel Nunes de Melo – S/N, Rodolfo Teófilo, Fortaleza-Ceará.	23/11 e 24/11/2017, no horário das 9 às 16 horas.
DIVULGAÇÃO do <b>RESULTADO FINAL DO NÚMERO DE ACERTOS NO EXAME ESCRITO</b> (objetivo)	EXCLUSIVAMENTE pela internet, por meio do endereço eletrônico: <a href="http://www.resmedceara.ufc.br">http://www.resmedceara.ufc.br</a>	A partir das 13 horas do dia 28/11/2017
Lista de <b>classificados e selecionados para 2ª etapa – ANÁLISE CURRICULAR</b>	EXCLUSIVAMENTE pela internet, por meio do endereço eletrônico: <a href="http://www.resmedceara.ufc.br">http://www.resmedceara.ufc.br</a>	28/11/2017
ANÁLISE CURRICULAR: Preenchimento e <b>envio eletrônico (on-line)</b> do formulário e documentos comprobatórios ( <b>upload</b> )	EXCLUSIVAMENTE pela internet, por meio do endereço eletrônico: <a href="http://www.resmedceara.ufc.br">http://www.resmedceara.ufc.br</a>	28/11/2017 até as 18h do dia 10/12/2017
DIVULGAÇÃO da <b>avaliação preliminar do espelho individual da análise curricular</b>	EXCLUSIVAMENTE pela internet, por meio do endereço eletrônico: <a href="http://www.resmedceara.ufc.br">http://www.resmedceara.ufc.br</a>	A partir das 13 horas do dia 25/01/2018
Período de Requerimento de RECURSO administrativo do resultado preliminar da <b>avaliação curricular</b>	EXCLUSIVAMENTE presencial, entregue no 1º Andar dos Ambulatórios Especializados do Hospital Universitário Walter Cantídio – UFC/CE. (ILHAS), situado à Rua Coronel Nunes de Melo – S/N, Rodolfo Teófilo, Fortaleza-Ceará	26/01 e 29/01/2018, no horário das 09 às 16 horas.
RESULTADO FINAL	EXCLUSIVAMENTE pela internet, por meio do endereço eletrônico: <a href="http://www.resmedceara.ufc.br">http://www.resmedceara.ufc.br</a>	Dia 05/02/2018

ATIVIDADES DE EXECUÇÃO	INFORMAÇÕES ADICIONAIS	DATA/PERÍODO
<b>PERÍODOS DE CONVOCAÇÃO/MATRÍCULA</b>		
<b>1º PERÍODO CONVOCAÇÃO</b>		
DIVULGAÇÃO DA 1ª CONVOCAÇÃO	EXCLUSIVAMENTE pela internet no endereço eletrônico: <a href="http://www.resmedceara.ufc.br">http://www.resmedceara.ufc.br</a>	05/02/2018
Matrícula na Instituição escolhida no ato da inscrição	Dirigir-se à Instituição, munido de toda documentação para realização da matrícula.	08 e 09/02/2018
Início das atividades da Residência Médica	Início das atividades da Residência na Instituição em que o médico esteja matriculado.	01 de março de 2018
<b>2º PERÍODO CONVOCAÇÃO</b>		
DIVULGAÇÃO DA 2ª CONVOCAÇÃO	EXCLUSIVAMENTE pela internet no endereço eletrônico: <a href="http://www.resmedceara.ufc.br">http://www.resmedceara.ufc.br</a>	19/02/2018
CONFIRMAÇÃO DA OPÇÃO DA LISTA DE CONVOCAÇÃO	EXCLUSIVAMENTE pela Internet, na área individual.	20/02/2018
Matrícula na instituição escolhida no ato da inscrição	Dirigir-se à Instituição, munido de toda a documentação necessária para a realização da matrícula.	22/02 e 23/02/2018
Início das atividades da Residência Médica	Início das atividades da Residência na Instituição em que o médico esteja matriculado.	01 de março de 2018
<b>3º PERÍODO CONVOCAÇÃO /MATICULA</b>		
DIVULGAÇÃO DA 3ª CONVOCAÇÃO	EXCLUSIVAMENTE pela internet no endereço eletrônico: <a href="http://www.resmedceara.ufc.br">http://www.resmedceara.ufc.br</a>	27/02/2018

ATIVIDADES DE EXECUÇÃO	INFORMAÇÕES ADICIONAIS	DATA/PERÍODO
CONFIRMAÇÃO DA OPÇÃO DA LISTA DE CONVOCAÇÃO	EXCLUSIVAMENTE pela Internet, na área individual.	28/02/2018
Matrícula na instituição escolhida no ato da inscrição	Dirigir-se à Instituição, munido de toda documentação para realização da matrícula.	02/03 e 05/03/2018
Início das atividades da Residência Médica para os matriculados no mês de março de 2018	Início das atividades da Residência na Instituição em que o médico esteja matriculado.	IMEDIATAMENTE
<b>REPESAGEM – CONVOCAÇÃO /MATICULA</b>		
EVENTUAL DIVULGAÇÃO DA LISTA DE VAGAS REMANESCENTES	EXCLUSIVAMENTE pela internet no endereço eletrônico: <a href="http://www.resmedceara.ufc.br">http://www.resmedceara.ufc.br</a>	12/03/2018
EVENTUAL REUNIÃO DA REPESAGEM	EXCLUSIVAMENTE PRESENCIAL	16/03/2018
EVENTUAL MATRICULA NA INSTITUIÇÃO	Dirigir-se à Instituição para a realização da matrícula	19/03 e 20/03/2018
EVENTUAL início das atividades da Residência Médica para os matriculados no mês de março de 2018	Início das atividades da Residência na Instituição em que o médico esteja matriculado.	IMEDIATAMENTE



## ANEXO IV – ANÁLISE CURRICULAR ANOS ADICIONAIS (2ª ETAPA)

Apresenta-se abaixo a descrição dos títulos aptos à pontuação da 2ª etapa – Análise Curricular, dos quais o participante, **OBRIGATORIAMENTE**, caso os tenha, deverá realizar o envio (*upload*) no sistema, para análise pela Banca, e disponibilizá-los na Plataforma Lattes (<http://lattes.cnpq.br/>), devendo estes estar agrupados nos seguintes itens:

- a) **FORMAÇÃO ACADÊMICA e COMPLEMENTAR;**
- b) **PRODUÇÕES;**
- c) **OUTRAS INFORMAÇÕES PROFISSIONAIS;**
- c) **IDIOMAS.**

Ainda que o Participante não tenha os documentos abaixo descritos, deverá, **OBRIGATORIAMENTE**, cadastrar o currículo na plataforma (<http://lattes.cnpq.br/>), indicando apenas a formação acadêmica e/ou informações que julgar pertinentes.

ITEM	DESCRIÇÃO DO ITEM	VALOR DO ITEM (Pontos)	PONTUAÇÃO MÁXIMA (Pontos)
<b>1. FORMAÇÃO ACADÊMICA COMPLEMENTAR</b>			
1.1	<p><b>TREINAMENTO OPCIONAL EM ÁREA DE ATUAÇÃO DA ESPECIALIDADE DE PRÉ-REQUISITO, definidas pela Resolução Conselho Federal de Medicina (CFM) nº 2.149 de 03 de agosto de 2016, com duração mínima de 244 (duzentos e quarenta e quatro) horas em serviço. A Instituição poderá ser pública, filantrópica ou privada – nacional ou internacional que tenha programas de Residência Médica.</b></p> <p><b>CRITÉRIOS PARA ACEITE</b></p> <p>a) Obtido durante o período da Residência Médica do pré-requisito;</p> <p>b) Inserido no sistema no espaço específico, nominado completamente, inclusive com a data do documento;</p> <p>c) Traduzido para o português por tradutor oficial (juramentado), se obtido no exterior;</p> <p>d) Comprovar, obrigatoriamente, que a instituição oferta programas de residência médica, por meio de certificado ou declaração, e com a identificação da autoridade responsável pelo Centro de Estudos ou Direção da Instituição. Caso o comprovante não contenha todas as informações solicitadas, deverá ser anexada comprovação adicional;</p> <p>e) Não serão aceitos, em nenhuma hipótese, documentos inseridos em desacordo com os critérios estabelecidos, os já pontuados em outro item e os não solicitados.</p>	5,0	10,0

1.2	<p><b>TREINAMENTO EM URGÊNCIA E EMERGÊNCIA</b>, em <i>Basic Life Support (BLS)</i> / Suporte Básico à Vida; <i>Advanced Trauma Life Support (ATLS)</i> / Suporte Avançado à Vida em Traumas; <i>Advanced Cardiovascular Life Support (ACLS)</i>/ Suporte Avançado Cardiovascular; em <i>Pediatric Advanced Life Support (PALS)</i>/ Suporte Avançado Pediátrico; em <i>Prehospital Trauma Life Support (PHTLS)</i>/ Suporte Pré-Hospitalar à Trauma, com carga horária mínima de 8 (oito) horas.</p> <p><b>CRITÉRIOS PARA ACEITE</b></p> <p>a) Obtido durante o período da Residência Médica do pré-requisito;</p> <p>b) Inserido no sistema no espaço específico, nominado completamente, inclusive com a data do documento;</p> <p>c) Traduzido para o português por tradutor oficial (juramentado), se obtido no exterior;</p> <p>d) Apresentação da CARTEIRA DE IDENTIFICAÇÃO DO CURSO, dentro do período de validade;</p> <p>e) Não serão aceitos, em nenhuma hipótese, documentos inseridos em desacordo com os critérios estabelecidos, os já pontuados em outro item e os não solicitados.</p>	3,0	9,0
1.3	<p><b>TUTORIA NO PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MÉDICA DO PRÉ-REQUISITO</b>, com duração mínima de 01 (um) ano.</p> <p><b>CRITÉRIOS PARA ACEITE</b></p> <p>a) Obtido durante o período da Residência Médica do pré-requisito;</p> <p>b) Inserido no sistema no espaço específico, nominado completamente, inclusive com a data do documento;</p> <p>c) Traduzido para o português por tradutor oficial (juramentado), se obtido no exterior;</p> <p>d) Os certificados deverão ser emitidos pela COREME da Instituição promotora, devidamente assinado pelo Supervisor do programa e Coordenador da COREME com duração mínima de 01 (um) ano e com acesso mediante seleção. Caso o comprovante não contenha todas as informações solicitadas, deverá ser anexada comprovação adicional;</p>	2,0	4,0
1.4	<p><b>PÓS-GRADUAÇÃO LATO SENSU</b> – Entende-se como válida para este item somente aquelas que são definidas pela Lei Federal nº 6.932 de 1981. Programa de residência médica (CNRM) que não seja do pré-requisito.</p> <p><b>CRITÉRIOS PARA ACEITE</b></p> <p>a) Obtido durante o período da Residência Médica do pré-requisito;</p> <p>b) Inserido no sistema no espaço específico, nominado completamente, inclusive com a data do documento;</p> <p>c) Traduzido para o português por tradutor oficial (juramentado), se obtido no exterior;</p> <p>d) Apresentar Certificado/Declaração. Caso o comprovante não contenha todas as informações solicitadas, deverá ser anexada comprovação adicional.</p>	4,0	4,0

1.5	<p><b>MESTRADO NA ÁREA MÉDICA</b>, concluído no Brasil e os revalidados por Instituição credenciada pelo MEC, conforme Lei nº 9.493, de 20 de dezembro de 1996, reconhecido pelo MEC/CAPES.</p> <p><b>CRITÉRIOS PARA ACEITE</b></p> <p>a) Obtido durante o período da Residência Médica do pré-requisito;</p> <p>b) Inserido no sistema no espaço específico, nominado completamente, inclusive com a data do documento;</p> <p>c) Traduzido para o português por tradutor oficial (juramentado), se obtido no exterior;</p> <p>d) Apresentar Certificado/Declaração. Caso o comprovante não contenha todas as informações solicitadas, deverá ser anexada comprovação adicional.</p>	6,0	6,0
1.6	<p><b>DOCTORADO NA ÁREA MÉDICA</b>, concluído no Brasil e/ou revalidado por Instituição credenciada pelo MEC, conforme Lei nº 9.493, de 20 de dezembro de 1996, reconhecido pelo MEC/CAPES.</p> <p><b>CRITÉRIOS PARA ACEITE</b></p> <p>a) Obtido durante o período da Residência Médica do pré-requisito;</p> <p>b) Inserido no sistema no espaço específico, nominado completamente, inclusive com a data do documento;</p> <p>c) Traduzido para o português por tradutor oficial (juramentado), se obtido no exterior;</p> <p>d) Apresentar Certificado/Declaração. Caso o comprovante não contenha todas as informações solicitadas, deverá ser anexada comprovação adicional.</p>	10,0	10,0
1.7	<p><b>CURSO NA ÁREA MÉDICA COM CARGA HORÁRIA ≥ 40 HORAS.</b></p> <p><b>CRITÉRIOS PARA ACEITE</b></p> <p>a) Obtido durante o período da Residência Médica do pré-requisito;</p> <p>b) Inserido no sistema no espaço específico, nominado completamente, inclusive com a data do documento;</p> <p>c) Traduzido para o português por tradutor oficial (juramentado), se obtido no exterior;</p> <p>d) O curso deverá ter sido ministrado por Instituições de ensino médico e/ou oferecido pelas Sociedades Médicas Credenciadas à AMB, não sendo considerados Congresso, Simpósios ou Jornadas, somente cursos.</p> <p>e) O certificado deverá conter a descrição do curso, a assinatura do representante legal da Instituição de ensino médico e/ou das Sociedades Médicas. Caso o comprovante não contenha todas as informações solicitadas, deverá ser anexada comprovação adicional.</p> <p>f) Não serão aceitos, em nenhuma hipótese, documentos inseridos em desacordo com os critérios estabelecidos, os já pontuados em outro item e os não solicitados.</p>	1,0	4,0

1.8	<p>– <b>PROGRAMAS DE RESPONSABILIDADE SOCIAL/ ATIVIDADE COMUNITÁRIA</b> em horários extracurriculares (participação em campanhas de vacinação, mutirões de atendimento e outros). As atividades deverão obrigatoriamente ser comprovadas, por meio de certificados emitidos por Instituição vinculada ao SUS ou Instituição de Ensino Superior, em horários extracurriculares.</p> <p>– <b>ATIVIDADES EXTRACURRICULARES ARTÍSTICAS E CULTURAIS</b> (participação em cursos de artes, música, coral entre outros).</p> <p>– <b>PARTICIPAÇÃO EM ASSOCIAÇÃO E GRÊMIOS ESTUDANTIS DURANTE 01 (UM) ANO LETIVO (02 SEMESTRES CONSECUTIVOS)</b>, Participação na mesma associação ou grêmio repetida em diversos períodos não será pontuada mais de uma vez.</p> <p><b>CRITÉRIOS PARA ACEITE</b></p> <p>a) Obtido durante o período da Residência Médica do pré-requisito;</p> <p>b) Inserido no sistema no espaço específico, nominado completamente, inclusive com a data do documento;</p> <p>c) Traduzido para o português por tradutor oficial (juramentado), se obtido no exterior;</p> <p>d) Não serão aceitos, em nenhuma hipótese, documentos inseridos em desacordo com os critérios estabelecidos, os já pontuados em outro item e os não solicitados.</p> <p>e) O documento/certificado deverá conter as seguintes informações: descrição da atividade realizada; assinatura do responsável pela atividade; data e duração da atividade. Caso o comprovante não contenha todas as informações solicitadas, deverá ser anexada comprovação adicional.</p>	2,0	4,0
<b>2. PRODUÇÕES CIENTÍFICAS</b>			
2.1	<p><b>TRABALHO APRESENTADO COMO AUTOR</b> em eventos científicos médicos e/ou de ensino médico.</p> <p><b>CRITÉRIOS PARA ACEITE</b></p> <p>a) Obtido durante o período da Residência Médica do pré-requisito;</p> <p>b) Inserido no sistema no espaço específico, nominado completamente, inclusive com a data do documento;</p> <p>c) Traduzido para o português por tradutor oficial (juramentado), se obtido no exterior;</p> <p>d) Apresentar documento em papel timbrado, constando o título do trabalho, o nome do evento científico, o nome do Participante e a data. Caso o comprovante não contenha todas as informações solicitadas, deverá ser anexada comprovação adicional.</p> <p>e) Não será pontuado o mesmo trabalho apresentado em eventos científicos diferentes, ou seja, cada trabalho só será pontuado 01 (uma) única vez.</p>	3,0	6,0

2.2	<p><b>TRABALHO APRESENTADO COMO COAUTOR</b> em eventos científicos médicos ou de ensino médico.</p> <p><b>CRITÉRIOS PARA ACEITE</b></p> <p>a) Obtido durante o período da Residência Médica do pré-requisito;</p> <p>b) Inserido no sistema no espaço específico, nominado completamente, inclusive com a data do documento;</p> <p>c) Traduzido para o português por tradutor oficial (juramentado), se obtido no exterior;</p> <p>d) Apresentar documento em papel timbrado, constando o título do trabalho, o nome do evento científico, o nome do PARTICIPANTE e a data. Caso o comprovante não contenha todas as informações solicitadas, deverá ser anexada comprovação adicional.</p> <p>e) Não será pontuado o mesmo trabalho apresentado em eventos científicos diferentes, ou seja, cada trabalho só será pontuado 01 (uma) única vez.</p>	2,0	4,0
2.3	<p><b>PUBLICAÇÃO EM PERIÓDICOS CIENTÍFICOS MÉDICOS OU DA ÁREA DE SAÚDE: ARTIGO OU LIVRO / CAPITULO. COMO AUTOR</b></p> <p><b>CRITÉRIOS PARA ACEITE</b></p> <p>a) apresentação do documento: deverá estar discriminado no espaço específico, constando a data do aceite da editora para o qual foi enviado o trabalho e/ou a publicação.</p> <p>b) Deverá ter a data do aceite ou a publicação durante o período da Residência Médica do pré-requisito;</p> <p>c) Deverá ter o resumo do artigo e/ou a primeira página do capítulo do livro traduzido para o português por tradutor oficial (juramentado), se obtido no exterior;</p> <p>d) Na apresentação de artigos ou livro/capitulo, deverá estar no documento apresentado o registro do ISSN ou ISBN, em local de fácil identificação</p> <p>e) É terminalmente proibido o envio de resumos de anais de congresso.</p>	5,0	15,0

2.4	<p><b>PUBLICAÇÃO EM PERIÓDICOS CIENTÍFICOS MÉDICOS OU DA ÁREA DE SAÚDE: ARTIGO OU LIVRO / CAPITULO COMO COAUTOR.</b></p> <p><b>CRITÉRIOS PARA ACEITE</b></p> <p>a) apresentação do documento: deverá estar discriminado no espaço específico, constando a data do aceite da editora para o qual foi enviado o trabalho e/ou a publicação.</p> <p>b) Deverá ter a data do aceite ou a publicação durante o período da Residência Médica do pré-requisito;</p> <p>c) Deverá ter o resumo do artigo e/ou a primeira página do capítulo do livro traduzido para o português por tradutor oficial (juramentado), se obtido no exterior;</p> <p>d) Na apresentação de artigos ou livro/capítulo, deverá estar no documento apresentado o registro do ISSN ou ISBN, em local de fácil identificação</p> <p>e) É terminantemente proibido o envio de resumos de anais de congresso.</p>	3,0	6,0
<b>3. OUTRAS INFORMAÇÕES PROFISSIONAIS</b>			
3.1	<p><b>TÍTULO DE ESPECIALISTA</b> obtido mediante provas elaboradas pelas sociedades da especialidade, e reconhecidas pela Resolução Conselho Federal de Médica (CFM) nº 2.149, de 03 de agosto de 2016, vinculadas à AMB.</p> <p><b>CRITÉRIOS PARA ACEITE</b></p> <p>a) Obtido durante o período da Residência Médica do pré-requisito;</p> <p>b) Inserido no sistema no espaço específico, nominado completamente, inclusive com a data do documento;</p> <p>c) Traduzido para o português por tradutor oficial (juramentado), se obtido no exterior.</p>	10,0	10,0
3.2	<p><b>APROVAÇÃO EM CONCURSO PÚBLICO NA ÁREA MÉDICA, DURANTE O PERÍODO DA RESIDÊNCIA.</b></p> <p><b>CRITÉRIOS PARA ACEITE</b></p> <p>a) Obtido durante o período da Residência Médica do pré-requisito;</p> <p>b) Inserido no sistema no espaço específico, nominado completamente, inclusive com a data do documento;</p> <p>c) Traduzido para o português por tradutor oficial (juramentado), se obtido no exterior;</p> <p>d) Apresentação do Diário Oficial, para fins de comprovação.</p>	4,0	4,0

4. IDIOMAS			
4.1	<p><b>IDIOMAS</b> (Proficiência da língua estrangeira). Cursos com a carga horária expressa em horas, com duração <math>\geq 400</math> horas por certificado de curso.</p> <p><b>CRITÉRIOS PARA ACEITE</b></p> <p>a) Inserido no sistema no espaço específico, nominado completamente, inclusive com a data do documento;</p> <p>b) Traduzido para o português por tradutor oficial (juramentado), se obtido no exterior;</p> <p>c) Apresentar Certificado/Declaração contendo nome, carga horária. Caso o comprovante não contenha todas as informações solicitadas, deverá ser anexada comprovação adicional.</p>	2,0	2,0
4.2	<p><b>IDIOMAS</b> (Proficiência da língua estrangeira): Testes reconhecidos internacionalmente (Ex. TOEFL ou similares). Exame de proficiência da língua estrangeira realizado pelas Casas de Cultura das Universidades Federais, dentro do período de validade.</p> <p><b>CRITÉRIOS PARA ACEITE</b></p> <p>a) Inserido no sistema no espaço específico, nominado completamente, inclusive com a data do documento;</p> <p>b) Traduzido para o português por tradutor oficial (juramentado), se obtido no exterior;</p> <p>c) Apresentar Certificado/Declaração contendo nome, carga horária. Caso o comprovante não contenha todas as informações solicitadas, deverá ser anexada comprovação adicional.</p>	1,0	2,0
<b>TOTAL DE 30 DOCUMENTOS</b>			
<b>TOTAL DE PONTOS</b>			<b>100,0</b>

**ANEXO V – INFORMATIVO PARA REALIZAÇÃO DA MATRÍCULA**

O PARTICIPANTE convocado para realizar matrícula deverá imprimir e preencher o formulário que está disponível no Portal do PSU/RESMED/2018 e se apresentar nos endereços abaixo indicados, munido das cópias dos documentos abaixo listados, acompanhadas dos respectivos originais para conferência.

**DOCUMENTOS NECESSÁRIOS À REALIZAÇÃO DA MATRÍCULA**

- a) 2 cópias do CPF ativo;
- b) 1 cópia da Cédula de Identidade (RG);
- c) 1 cópia da Carteira do Ministério do Trabalho;
- d) 1 cópia do Título de Eleitor e comprovante da última eleição;
- e) 2 cópias do Número do PIS ou PASEP;
- f) 1 cópia do Comprovante de quitação com o serviço militar;
- g) 1 cópia do Comprovante de endereço atual;
- h) 1 cópia autenticada do Diploma ou Comprovante de conclusão do curso de Medicina;
- i) 1 cópia autenticada (cartório ou do sistema da Instituição de Ensino) do Histórico do curso de Medicina;
- J) 1 cópia do Registro do Conselho Regional de Medicina (CRM-CE);
- k) Seguro de Vida e Acidente de Trabalho;
- l) 3 fotos 3x4 idênticas e atuais;
- m) cópia do cartão do banco, com informações da conta-corrente e agência, para recebimento da bolsa.
- n) Apresentação dos títulos inseridos e pontuados na Avaliação Curricular.
- o) Cópia do cartão de vacinação (para matrícula no HUWC/MEAC/UFC)



INSTITUIÇÕES	ENDEREÇO / CONTATO/ HORÁRIO DE ATENDIMENTO
<p><b>UFC – UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ (HUWC – HOSPITAL UNIVERSITÁRIO WALTER CANTÍDIO E MEAC – MATERNIDADE ESCOLA ASSIS CHATEAUBRIAND)</b></p>	<p>Local: Auditório do Centro de Pesquisa Clínica. Rua: Coronel Nunes de Melo, S/N – Bairro: Rodolfo Teófilo Telefone de contato: (85) 3366.8189 Horário de atendimento para matrículas: das 9h às 12h e das 14h às 17h.</p>
<p><b>UFC – UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ – CAMPUS SOBRAL (SOBRAL SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SOBRAL)</b></p>	<p>Coordenação Geral da Residência Médica da Santa Casa de Misericórdia de Sobral Rua: Antônio Crisóstomo de Melo, 919, Centro, Sobral-Ceará, CEP: 62010-550 Fone: (88) 3112.0400 Fax: (88) 36117089 Horário de atendimento para matrículas: das 8h às 11h30 / das 14h às 17h</p>
<p><b>UNIVERSIDADE FEDERAL DO CARIRI – UFCA – BARBALHA</b></p>	<p>Núcleo de Pós-Graduação Rua Divina Salvador, 284, 1º andar, sala Nº B204 – Centro, Barbalha-CE. Fone: (88) 3312-5035/ 3221-9604 Horário de atendimento para matrículas: das 8h às 11h30 / das 13h às 16h</p>
<p><b>FACULDADE DE MEDICINA ESTÁCIO DE JUAZEIRO DO NORTE – ESTÁCIO</b></p>	<p>Av. Tenente Raimundo Rocha, 515 – Cidade Universitária – Juazeiro do Norte – Ceará – CEP: 63.048-080 – Bloco “A” sala 10 NUPE Telefone de contato: (88) 3572-7807 Horário de atendimento para matrículas: das 8h às 12h / das 14h às 18h</p>
<p><b>SMS – SECRETARIA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE FORTALEZA</b></p>	<p>Escola de Saúde Pública Endereço: Avenida Antônio Justa, 3161 Meireles – Fortaleza Ceará. Telefone de contato: (85) 3101.1424 Horário de atendimento para matrículas: das 9h às 11h / das 13h às 16h</p>
<p><b>SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO CEARÁ</b></p>	<p>Escola de Saúde Pública Endereço: Avenida Antônio Justa, 3161 – Meireles – Fortaleza Ceará. Escola de Saúde Pública Telefone de contato: (85) 3101.1424 Horário de atendimento para matrículas: das 9h às 11h / das 13h às 16h</p>
<p><b>SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE FORTALEZA</b></p>	<p>Rua Barão do Rio Branco – nº20 Centro – Fortaleza Ceará Centro de Estudos Professor Osvaldo Soares, 1º andar. Telefone de contato: (85) 3455-9167 Horário de atendimento para matrículas: das 8h às 11h30 / das 13h às 16h</p>

<p><b>ICC – INSTITUTO DO CÂNCER DO CEARÁ</b></p>	<p>Escola Cearense de Oncologia – ECO /ICC                  Rua Papi Júnior, 1222, 6ª andar prédio anexo – Rodolfo Teófilo – Fortaleza Ceará                  Telefone de contato: (85) 3288.4508                  Horário de atendimento para matrículas: das 8h às 11h / das 14h às 16h</p>
<p><b>FUNCIPE – FUNDAÇÃO DE CIÊNCIA E PESQUISA MARIA IONE XEREZ VASCONCELOS</b></p>	<p>Rua Deputado João Pontes nº 1277 – Fátima – Fortaleza Ceará                  Telefone de contato: (85) 3281-5223                  Horário de atendimento para matrículas: das 8h às 17h</p>
<p><b>INSTITUTO DOUTOR JOSÉ FROTA</b></p>	<p>Rua: Barão do Rio Branco, 1816, Centro – Fortaleza Ceará                  Centro de Estudos do IJF no 8º andar/ Secretaria da Residência Médica                  Telefone de contato: (85) 3255-5141 – 3255-5113                  Horário de atendimento para matrículas: das 7h às 12h</p>
<p><b>SECRETÁRIA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE SOBRAL</b></p>	<p>Avenida Jonh Sanford, Nº 1320 – Bairro do Junco, Sobral Ceará.                  Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia                  Telefone de contato: (88) 3614-5520 / 3614-2633                  Horário de atendimento para matrículas: das 8h às 12h e das 14h às 18h.</p>

## ANEXO VI – FORMULÁRIO SOCIOECONÔMICO PARA SOLICITAÇÃO DE ISENÇÃO DO PAGAMENTO DA TAXA DE INSCRIÇÃO

Apresentam-se abaixo os aspectos pertinentes à solicitação de isenção, item 5 do Edital, que deverão ser observados e cumpridos pelo participante, que será o responsável pelo fornecimento de informações e documentação que comprovem sua condição de isento.

O processo seletivo para ingresso em Programa de Residência Médica não tem caráter de concurso público, pois não se destina a provimento em cargo público, mas em ingresso em curso de especialização destinado a médicos, caracterizado por treinamento em serviço, havendo a previsão de isenção de pagamento para candidatos comprovadamente hipossuficientes, quando ofertado por instituição pública de ensino.

O PARTICIPANTE, ao apresentar as informações e documentos, estará ciente que poderá responder, a qualquer momento, por crime contra fé pública, o que acarretará sua **eliminação do processo seletivo**, nos termos do artigo 3º da Resolução CNRM nº 07, de 20 de outubro de 2010.

A comissão organizadora poderá solicitar, **a qualquer momento**, maiores esclarecimentos sobre a situação financeira do participante e de seus familiares, podendo ser necessário o envio de documentos adicionais.

Para pleitear a isenção, o participante deverá preencher a ficha abaixo e enviá-la, conforme disposto no item 5.3 deste Edital, no período indicado no ANEXO III (Calendário de Atividades).

**1. DADOS PESSOAIS:**

1.1 NOME: \_\_\_\_\_

(Nome completo, sem abreviatura)

1.2 DOCUMENTOS DE IDENTIDADE: \_\_\_\_\_

(Anexar cópia frente e verso do documento de identidade: são considerados documentos de identidade: as carteiras e/ou cédulas de identidade expedidas pelas Secretarias de Segurança, pelas forças armadas, pela Polícia Militar, pelo Ministério das Relações Exteriores, passaporte, cédulas de identidade fornecidas por ordens e conselhos de classe, que, por Lei Federal, valem como documento de identidade, a Carteira de Trabalho e Previdência Social, bem como a Carteira Nacional de Habilitação com foto, nos termos da Lei nº 9.503, art. 159, de 23/9/97.)

1.3 ESTADO CIVIL: \_\_\_\_\_

(Se casado – anexar cópia da certidão de casamento)

1.4 ENDEREÇO: \_\_\_\_\_

BAIRRO: \_\_\_\_\_ CIDADE: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_

(Endereço completo, anexar cópia frente e verso da conta de luz ou água do mês de julho, agosto e setembro de 2017)

1.5 TELEFONE(S): \_\_\_\_\_

**2. DADOS SOBRE A FORMAÇÃO:**

2.1 NOME INSTITUIÇÃO DE ENSINO SUPERIOR DE ORIGEM: \_\_\_\_\_ ( ) pública ( ) privada.

2.2 Frequentou curso preparatório para residência médica? ( ) sim, ( ) não

(Caso o participante tenha frequentado tais cursos deverá especificar como foi feito o pagamento deste curso. Nos casos em que não foi o responsável pelo pagamento do curso, deverá anexar declaração da pessoa que arcou com o curso, bem como toda a documentação relacionada no item 5, uma vez que esta pessoa passará a ser considerada uma mantenedora do participante).

**3. MOTIVO DA SOLICITAÇÃO DA ISENÇÃO DA TAXA DE INSCRIÇÃO:**

Pleiteio e considero-me com o direito à isenção do pagamento da taxa de inscrição no Programa de Residência Médica, nos termos da RESOLUÇÃO CNRM Nº 7 de 21/10/2010, pois **ENQUADRO-ME EM UMAS DAS CONDIÇÕES DO ARTIGO 4º DA RESOLUÇÃO CNRM Nº 7 de 21/10/2010, QUAL SEJA:**

( ) a taxa de inscrição é superior a 30% (trinta por cento) do meu vencimento/salário mensal e não tenho dependente, conforme documentos apresentados.

- Holerite (contracheque) e/ou Carteira de Trabalho e Previdência Social (CTPS) que contenham a fotografia, a identificação do trabalhador, o número e a série da CTPS, anotação do último contrato de trabalho e da primeira página subsequente em branco, alterações salariais e, se for o caso, cópias de outras páginas da carteira que sejam necessárias para complementar as informações solicitadas; e/ou cópia simples de contratos de prestação de serviços e/ou recibo de pagamento autônomo (RPA), no caso de o(s) membro(s) da família ser(em) autônomo(s) que, na soma total, anteriores ao mês do requerimento de isenção;
- Outros documentos hábeis à comprovação do que se requer.

( ) a taxa é superior a 20% (vinte por cento) do meu vencimento/ salário mensal do candidato e possui até dois dependentes, conforme documentos apresentados.

- Holerite (contracheque) e/ou Carteira de Trabalho e Previdência Social (CTPS) que contenham a fotografia, a identificação do trabalhador, o número e a série da CTPS, anotação do último contrato de trabalho e da primeira página subsequente em branco, alterações salariais e, se for o caso, cópias de outras páginas da carteira que sejam necessárias para complementar as informações solicitadas, cópia simples de contratos de prestação de serviços e/ou recibo de pagamento autônomo (RPA), no caso de o(s) membro(s) da família ser(em) autônomo(s) que, na soma total, anteriores ao mês do requerimento de isenção;
- Outros documentos hábeis à comprovação do que se requer.

( ) a taxa é superior a 10% (dez por cento) do meu vencimento/ salário mensal do candidato e tenho mais de dois dependentes, conforme documentos apresentados.

- Holerite (contracheque) e/ou Carteira de Trabalho e Previdência Social (CTPS) que contenham a fotografia, a identificação do trabalhador, o número e a série da CTPS, anotação do último contrato de trabalho e da primeira página subsequente em branco, alterações salariais e, se for o caso, cópias de outras páginas da carteira que sejam necessárias para complementar as informações solicitadas, cópia simples de contratos de prestação de serviços e/ou recibo de pagamento autônomo (RPA), no caso de o(s) membro(s) da família ser(em) autônomo(s) que, na soma total, anteriores ao mês do requerimento de isenção;
- Outros documentos hábeis à comprovação do que se requer.

( ) sou impossibilitado de arcar com o pagamento da taxa de inscrição e comprovo, com os documentos em anexo, ser membro de família de baixa renda e ter renda familiar mensal igual ou inferior a três salários-mínimos ou renda individual igual ou inferior a dois salários-mínimos.

- Para fins de comprovação, se forem considerados os rendimentos do pai, da mãe, do próprio Participante, do cônjuge (companheiro (a)) do participante, de irmão(s) ou de pessoas que compartilhem da receita familiar, deverão ser apresentados os seguintes documentos: a) cópia simples do holerite (contracheque) do Participante e do(s) membro(s) da família, anterior ao mês da solicitação de isenção; e/ou b) cópia simples da Carteira de Trabalho e Previdência Social – CTPS, do Participante e dos membros da família, das páginas que contenham a fotografia, a identificação do trabalhador, o número e a série da CTPS, anotação do último contrato de trabalho e da primeira página subsequente em branco, das alterações salariais e, se for o caso, cópias de outras páginas da carteira que sejam necessárias para complementar as informações solicitadas; e/ou c) cópia simples de contratos de prestação de serviços e/ou d) recibo de pagamento autônomo (RPA), no caso de o(s) membro(s) da família ser(em) autônomo(s).

( ) possuo inscrição no Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal (CadÚnico) de que trata o Decreto nº 6.135, de 26 de junho de 2007, e informo que o meu Número de Identificação Social – NIS, atribuído pelo CadÚnico é \_\_\_\_\_.

- Cópia simples do comprovante de inscrição em programas de benefícios assistenciais do Governo Federal.

( ) sou membro de baixa renda nos termos do Decreto nº 6.135, de 26 de junho de 2007, conforme documentos apresentados que comprovem a obtenção de rendimento mensal inferior a meio salário-mínimo por membro do núcleo familiar.

- Para fins de comprovação, se considerados os rendimentos do pai, da mãe, do próprio Participante, do cônjuge (companheiro (a)) do participante, de irmão(s) ou de pessoas que compartilhem da receita familiar, deverão ser apresentados os seguintes documentos:
- cópia simples do holerite (contracheque) do Participante e do(s) membro(s) da família que, na soma total, comprove rendimento mensal inferior a meio salário por membro do núcleo familiar, anterior ao mês da solicitação de isenção e/ou cópia simples da Carteira de Trabalho e Previdência Social – CTPS, do Participante e dos membros da família, das páginas que contenham fotografia, identificação do trabalhador, número e série da CTPS, anotação do último contrato de trabalho e da primeira página subsequente em branco, das alterações salariais e, se for o caso, cópias de outras páginas da carteira que sejam necessárias para complementar as informações solicitadas, e/ou cópia simples de contratos de prestação de serviços e/ou recibo de pagamento autônomo (RPA), no caso de o(s) membro(s) da família ser(em) autônomo(s).

**4. INFORMAÇÕES SOBRE MORADIA**

Anexar, como documentação comprobatória, cópia da conta de luz ou água da(s) residência(s)

4.1. TOTAL DE PESSOAS QUE MORAM COM O PARTICIPANTE: \_\_\_\_\_

(Participante sem renda própria, dependente da família, que reside em outra cidade deverá considerar o total de pessoas composto pelo participante, na sua atual residência, e pelos membros da sua família na sua residência de origem)

4.2 Assinalar as pessoas que residem com o participante:

( ) PAI ( ) MÃE ( ) IRMÃOS, quantos \_\_\_\_\_ ( ) CÔNJUGE OU COMPANHEIRO

( ) FILHOS, quantos \_\_\_\_\_ ( ) AVÓ ( ) AVÔ ( ) TIOS ( ) COLEGAS E/OU AMIGO

( ) OUTROS (citar): \_\_\_\_\_

**5. CONDIÇÕES PROFISSIONAIS:**

O participante deverá informar sua fonte de renda e como vem se mantendo. Deverá incluir documentos comprobatórios, relacionados a sua renda e a de todos os membros de sua família relacionados no item 4, bem como de qualquer pessoa que contribua para a manutenção do participante ou de sua família. É fundamental incluir cópia dos documentos do participante e de todos membros da família e mantenedores, tais como: *documento de identidade ou certidão de nascimento, declaração anual de imposto de renda de pessoa física, no caso de isentos, a cópia da última declaração de isento e da situação de regularidade com a receita federal, carteira de trabalho e/ou comprovante de rendimentos provenientes de aposentadoria, alugueis, ou outras fontes.*

Assinalar a situação mais adequada que descreve como o participante vem se mantendo:

( ) Possuo renda própria, residência própria e sou independente de minha família

( ) Possuo renda própria. mas dependo de minha família para me manter.

( ) Não possuo renda própria e dependo de minha família para me manter.

Além do assinalado acima

( ) Existe outra pessoa que contribui com a renda do participante ou de sua família.

O nome desta pessoa é \_\_\_\_\_ a contribuição dada é no valor aproximado de R\$ \_\_\_\_\_ mensais.

Tipo de relacionamento \_\_\_\_\_

(Anexar declaração da pessoa e documentação da mesma conforme descrição acima)

Descrição das fontes de renda do participante e sua família

NOME DA PESSOA (incluir nome e vínculo com participante)	Sem renda	Possui renda própria proveniente de:	Valor aproximado da renda mensal

**OBSERVAÇÕES FINAIS:**

- Caso o PARTICIPANTE, pais, cônjuge ou companheiro(a) estejam desempregados, descrever, de próprio punho, como a família está se mantendo, comprovando a renda do(s) mantenedor(es), além dos documentos já mencionados para esta situação.

**5. DECLARAÇÕES ADICIONAIS:**

DECLARO, diante das condições acima, que estou obrigado a comprovar não ter custeado, com recursos próprios, curso preparatório para o processo seletivo para ingresso no Programa de Residência a que me candidato e, ainda, ser egresso de instituição de ensino superior pública ou ter sido beneficiário de bolsa de estudo oficial, conforme prova documental que agora faço, e anexo a este formulário, oriunda da Instituição de Ensino.

DECLARO, ainda, que anexo, também, a documentação que comprova a condição acima assinalada.

DECLARO ainda que as informações prestadas neste documento são verdadeiras. Informo, ainda, que estou ciente de que, se comprovada a omissão ou a não veracidade nas informações prestadas ou nos documentos apresentados, fico sujeito às penalidades legais cabíveis, inclusive ELIMINAÇÃO DO PROCESSO SELETIVO.

Estou ciente de que a falta parcial ou total de informações ou documentos é de minha inteira responsabilidade, sendo tal situação motivo para indeferimento desta solicitação, não podendo ser incluída qualquer documentação em momento posterior.

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

Assinatura do Participante: \_\_\_\_\_

(Conforme o documento de identidade)