

**AUTARQUIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE APUCARANA**

**COMISSÃO DE RESIDÊNCIA MÉDICA**

**EDITAL DE ABERTURA 001/2023**

**EDITAL 001/2024**

**Convocação para matrícula**

A COMISSÃO DE RESIDÊNCIA MÉDICA, referente ao Edital nº 001/2023, no uso de suas atribuições resolve:

Art. 1º - CONVOCAR os candidatos aprovados e classificados no Processo Seletivo acima citado, para matrícula, conforme Anexo I.

Art. 2º - Os candidatos convocados deverão **encaminhar a documentação** listada no Edital nº 001/2024 conforme item 9, via email para o endereço [residenciamedicaams2021@gmail.com](mailto:residenciamedicaams2021@gmail.com). Os documentos serão aceitos a partir das **08h00min do dia 06 de fevereiro de 2024 até as 12h00min do dia 07 de fevereiro de 2024** (horário de Brasília).

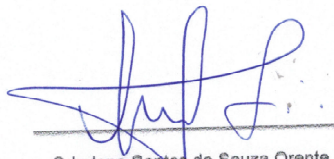
Art. 3º - Os documentos solicitados para realização da matrícula que sejam enviadas por e-mail após o horário indicado serão indeferidos.

Art. 4º - Não haverá entrega física de documentação, pessoalmente ou via Correios, para fins de matrícula. O envio é exclusivamente via e-mail, para o endereço indicado. Obrigatoriamente, a documentação exigida deverá ser dividida em arquivos digitalizados no formato PDF, não podendo ultrapassar 8 (oito) MB em cada arquivo.

Art. 5º - O não encaminhamento dos documentos de matrícula nos prazos estipulados implicará na perda da vaga pelo candidato, também perderá a vaga o candidato que não enviar a documentação exigida para a matrícula.

Art. 6º - O deferimento ou indeferimento das matrículas serão enviados por email aos candidatos até as 17h00min do dia 07/02/2024.

Apucarana, 05 de fevereiro de 2024.



Odarlone Santos de Souza Orente  
Coordenador da COREME

**Dr. Odarlone S S Orente**

Coordenador da Comissão de Residência Médica - COREME

**Anexo I – Convocação para matrícula**

| RESIDÊNCIA MÉDICA EM MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE |                          |
|-------------------------------------------------------|--------------------------|
| Nº de<br>classificação                                | CANDIDATO                |
| 1                                                     | JOYCE FERNANDES DA SILVA |
| 2                                                     | PAULA LADERUSKI WOLF     |

**ANEXO II - FICHA DE MATRÍCULA – RESIDÊNCIA MÉDICA**

**PROGRAMA DE RESIDÊNCIA:**

( ) Residência Médica em Dermatologia

( ) Residência em Medicina de Família e Comunidade

FOTO  
3X4

**DADOS PESSOAIS**

CPF: \_\_\_\_\_ DATA DE NASCIMENTO: \_\_\_\_\_ SEXO: ( ) M ( ) F  
NOME COMPLETO: \_\_\_\_\_

NOME DO PAI: \_\_\_\_\_

NOME DA MÃE: \_\_\_\_\_

ESTADO CIVIL: \_\_\_\_\_ NACIONALIDADE: \_\_\_\_\_

COR/ORIGEM ÉTNICA: ( ) Amarela ( ) Branca ( ) Parda ( ) Indígena ( ) Parda/Preta

UF NATURALIDADE: \_\_\_\_\_ MUNICÍPIO NATURALIDADE: \_\_\_\_\_

GRUPO SANGUÍNEO: ( ) A+ ( ) A- ( ) AB+ ( ) AB- ( ) B+ ( ) B- ( ) O+ ( ) O-

PIS/PASEP: \_\_\_\_\_ TÍTULO DE ELEITOR: \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_ ÓRGÃO EMISSOR: \_\_\_\_\_ DATA DE EMISSÃO: \_\_\_\_\_

E-MAIL: \_\_\_\_\_

TELEFONE: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ CELULAR: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

EM CASO DE URGÊNCIA AVISAR: \_\_\_\_\_ TELEFONES: \_\_\_\_\_

ESCOLARIDADE: ( ) Superior Completo ( ) Especialização ( ) Residência ( ) Mestrado

( ) Doutorado CEP: \_\_\_\_\_ LOGRADOURO: \_\_\_\_\_

N.O: \_\_\_\_\_ COMPLEMENTO: \_\_\_\_\_ BAIRRO: \_\_\_\_\_

UF: \_\_\_\_\_ MUNICÍPIO: \_\_\_\_\_

DATA DO PRIMEIRO EMPREGO: \_\_\_\_\_

**DADOS PROFISSIONAIS:**

INSTITUIÇÃO ONDE CURSO DE GRADUAÇÃO: \_\_\_\_\_

ANO DE CONCLUSÃO: \_\_\_\_\_ CONSELHO PROFISSIONAL: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_

NÚMERO DE REGISTRO DO CONSELHO PROFISSIONAL: \_\_\_\_\_

**DADOS BANCÁRIOS (Conta salário):**

BANCO: \_\_\_\_\_ AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_