

AUTARQUIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE APUCARANA

COMISSÃO DE RESIDÊNCIA MÉDICA

EDITAL DE ABERTURA 001/2023

EDITAL 008/2024

Convocação para matrícula – Vagas remanescentes

A COMISSÃO DE RESIDÊNCIA MÉDICA, referente ao Edital nº 001/2024, 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. Os documentos serão aceitos a partir das **08h00min do dia 28 de fevereiro de 2024 até as 16h00min do dia 29 de fevereiro de 2024** (horário de Brasília).

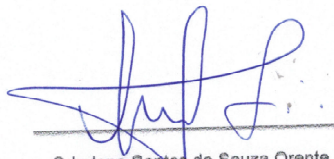
Art. 3º - Os documentos solicitados para realização da matrícula que sejam enviadas por e-mail após o horário indicado serão indeferidos.

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 29/02/2024.

Apucarana, 27 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 classificação	CANDIDATO
1	Andréia Fabíola Ricardi Bertão
2	Jéssica Sobon de Azevedo

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: _____