

**PROCESSO DE SELEÇÃO DO PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MÉDICA
SELEÇÃO PÚBLICA DAS VAGAS SURGIDAS – EDITAL 01/15/2017**

A Comissão de Residência Médica – COREME, vinculada a Secretaria Municipal da Saúde do Município de Foz do Iguaçu, Estado do Paraná, faz saber, a quem interessar possa que irá realizar Seleção Pública das Vagas Surgidas para preenchimento das vagas da especialidade Medicina de Família e Comunidade do Programa de Residência Médica para preenchimento de vagas do ano de 2017.

COSIDERANDO o parecer do CNRM/MEC N° 1030/2012 e CONSIDERANDO, a aprovação pela COREME, por unanimidade:

R E S O L V E:

Art. 1º. O Processo Seletivo do Programa de Residência Médica para preenchimento das vagas SURGIDAS no curso de RESIDÊNCIA MEDICA especialidade MEDICINA DE FAMILIA E COMUNIDADE com oferta, através de Análise de Título será regido de acordo com o estabelecido por este Edital e adicionais da Comissão que vierem.

Art. 2º. Para análise dos títulos para as vagas surgidas serão realizadas por uma comissão especialmente designada pela COREME para este fim.

Parágrafo único: A referida Comissão será responsável pela publicação dos editais necessários e execução do processo.

Art. 3º. Números de vagas : **03.**

Art. 4º. As situações que originam vagas para este processo são as decorrentes de:

- I. Transferência do aluno para outra Instituição;
- II. Não preenchimento das vagas do Processo Seletivo para ingresso nos PRM;
- III. Desistência de vaga formalizada à COREME;
- IV. Desligamento por sanção disciplinar, por abandono de curso e por reprovações, conforme normas estabelecidas pelo Regimento da COREME e CNRM\MEC.

Art. 5º. O número de vagas a serem preenchidas por este Processo de Seleção será limitado ao número de vagas não preenchidas e através dos currículos encaminhados anteriormente , solicitados no Edital de Abertura do Processo de Seleção da Residência Médica na Prova de Acesso Direto Edital 001/01/2016.

Parágrafo primeiro: todos os residentes que pontuaram na Análise de Currículos poderão concorrer à vaga surgida.

Parágrafo segundo: A pontuação para vagas surgidas se dará unicamente pela prova de título.

Parágrafo terceiro: Caso de empate será classificado o candidato com mais idade.

Art. 6º. Somente será válida a concorrência e matrícula, nas datas estabelecidas aqui neste edital, não serão aceitos fora do prazo estabelecido.

Art. 7º. Deverá o candidato manifestar seu interesse através de uma correspondência à COREME (ANEXO I), via email: residenciamedica@pmfi.pr.gov.br até o dia 15|03|2017 até as 23hs59minutos.

Art. 8º. O resultado se dará no dia 17 de março de 2017, até as 15horas no site da Prefeitura de Foz do Iguaçu: [www. pmfi.pr.gov.br](http://www.pmfi.pr.gov.br).

Art. 9 º. As matrículas serão dos dias 18 a 20 de março 2017 das 08 às 14 horas na sala da COREME, no Hospital Municipal Padre Germano Lauck, à Rua Adoniran Barbosa, 370, Jdm das Bandeiras.

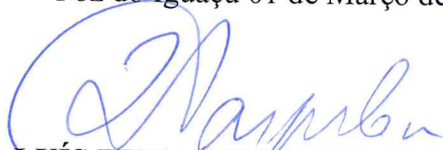
Parágrafo único: Os documentos necessários são mesmos do Edital de Abertura da Prova de Acesso Direto.

Art. 10º. Quaisquer dúvidas e/ou reclamações referente deverão ser encaminhadas à COREME, via protocolo Geral da Prefeitura do Município de Foz do Iguaçu-PR , à Praça Getúlio Vargas, Centro de Foz do Iguaçu- PR.

Parágrafo único: não serão aceitos reclamações, dúvidas ou recursos via internet.

Art. 11º. Casos omissos serão decididos pela Comissão de Residência Médica-COREME.

Foz do Iguaçu 01 de Março de 2016.



LUÍS FERNANDO BOFF ZARPELON
PRESIDENTE DA COMISSÃO DO PROCESSO DE SELEÇÃO

ANEXO I

Eu, _____
(nome do médico residente)
Filiação: _____ e _____
Estado Civil _____ Data de Nascimento: ____/____/____ Natural
de _____ Nacionalidade: _____
Endereço
Residencial: _____ n.º _____
Complemento: _____ Bairro: _____ Cidade: _____
Estado: _____ CEP: _____ Telefone Residencial: _____ Celular: _____
Banco: _____ Ag. n.º _____ Conta Corrente n.º _____
RG n.º _____ Órgão Expedidor _____, Data da Expedição ____/____/____
CPF n.º _____ INSS/PIS/PASEP/NIT n.º _____
Tipo Sanguíneo: _____ Dependentes ou Beneficiários Legais (filhos/esposa) idade dos
menores _____

Inscrito(a) no Conselho Regional de Medicina do _____ (Estado), sob o número CRM _____, declaro estar ciente dos termos do Edital de Vagas Surgidas e por esta solicito inscrição a Prova de Título da Seleção do Programa de Residência Médica na vaga de especialidade de Medicina da Família e Comunidade.

Cidade, ____ de _____ de 2017.

Assinatura

Ps: este anexo não será aceito sem a assinatura do interessado.