



Universidade Estadual do Centro-Oeste

Reconhecida pelo Decreto Estadual nº 3.444, de 8 de agosto de 1997
Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação - PROPESP
Núcleo de Pós-Graduação - NUPG

EDITAL Nº 001/2025 PROPESP/NUPG/COREME/UNICENTRO

CONVOCAÇÃO DOS CANDIDATOS SUPLENTE PARA MATRÍCULA NO PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MÉDICA EM CLÍNICA MÉDICA

A Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação, por meio do Núcleo de Pós-Graduação, NUPG, e a Comissão de Residência Médica da UNICENTRO, COREME, no uso de suas atribuições legais e em observância à legislação vigente e às normas das Comissões Nacional e Estadual de Residência Médica,

TORNAM PÚBLICO

A **CONVOCAÇÃO DOS SUPLENTE** para matrícula no Programa de Residência Médica em Clínica Médica, visando ao suprimento de 01 (uma) vaga para médico residente do primeiro ano do Programa de Residência Médica em Clínica Médica, credenciado pela Comissão Nacional de Residência Médica, ofertado na modalidade presencial pela Universidade Estadual do Centro-Oeste do Paraná, UNICENTRO, para o ano de 2025, conforme segue:

1. CANDIDATOS CONVOCADOS EM SEGUNDA CHAMADA

| |
|-----------------------------|
| RAFAELA GORLA FINATI |
|-----------------------------|

2. CONVOCAÇÃO PARA A MATRÍCULA DOS CANDIDATOS APROVADOS

2.1. Ficam convocados os candidatos aprovados, para realizar a matrícula no local e horário abaixo designado:

a) Data para a matrícula: dia **21 de janeiro de 2025**, horário das 8h às 11h30 e das 13h às 16h30.



Universidade Estadual do Centro-Oeste

Reconhecida pelo Decreto Estadual nº 3.444, de 8 de agosto de 1997
Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação - PROPESP
Núcleo de Pós-Graduação - NUPG

b) Local: Departamento de Medicina - Câmpus Cedeteg, rua Alameda Élio Antonio Dalla Vecchia, 838 - CEP 85040-167 - Bairro - Vila Carli, Guarapuava – PR.

Telefone: (42) 3629-8358.

3. DOCUMENTOS NECESSÁRIOS PARA MATRÍCULA

a) Requerimento de matricula, constando nome, e-mail e telefone (Anexo I deste edital);

b) 2 (duas) fotos 2x2 coloridas, com data de 2023 ou 2024;

c) Cópia legível autenticada da cédula de identidade ou outro documento oficial de identificação, desde que contenham foto e estejam vigentes.

d) Cópia legível autenticada do CPF (atualizado junto à Receita Federal);

e) Se estrangeiro, cópia legível autenticada da cédula de Identidade de Estrangeiro que comprove ser portador de visto provisório ou permanente, resultando em situação regular no país;

f) Cópia autenticada frente e verso do Diploma de Graduação em Medicina, devidamente registrado e assinado, no que couber ou declaração de conclusão do curso de Medicina, da faculdade de Medicina de origem, constando a data da colação de grau.

g) Cópia autenticada frente e verso do histórico escolar do curso de Medicina;

h) Comprovante de revalidação do diploma por universidade pública, de acordo com a legislação vigente, para médico estrangeiro ou brasileiro que fez a graduação em Medicina no exterior;

i) Cópia autenticada da inscrição e/ou número do CRM do Paraná;

j) Registro na Previdência Social que lhe assegure os direitos previdenciários, como prevê a legislação vigente, em especial os decorrentes do seguro de acidente do trabalho;



Universidade Estadual do Centro-Oeste

Reconhecida pelo Decreto Estadual nº 3.444, de 8 de agosto de 1997
Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação - PROPESP
Núcleo de Pós-Graduação - NUPG

4. DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

4.1 O candidato convocado para matrícula que não comparecer e não enviar documentação de desistência de vaga, entrará automaticamente no final da lista, podendo ser convocado novamente caso as vagas não sejam preenchidas pelos suplentes.

4.2 Os candidatos declarados como suplentes poderão ser convocados para preenchimento de vagas decorrentes de desistência ou impedimento de candidato melhor classificado, por meio telefônico, e-mail ou correspondência registrada e enviada para o endereço constante na Ficha de Inscrição.

4.3 Uma vez recebida a comunicação, o candidato terá 1 (um) dia útil para efetuar a matrícula. Após este período, será convocado o próximo classificado.

4.4 Em conformidade com a Nota Técnica nº 035/2017/CGRS/DDES/SESU/SESU, o candidato aprovado e classificado, dentro do número de vagas, quem for convocado para prestar serviço militar em 2025, obrigatório ou voluntário, a COREME assegura sua vaga para cumprir R1 em 2026, sendo chamado o próximo candidato aprovado para cumprir R1 em 2025, desde que a desistência seja feita dentro dos prazos legais.

Guarapuava, 06 de janeiro de 2025.

Professor Ms. Felipe Dunin dos Santos
Coordenador da Residência Médica em Clínica Médica da UNICENTRO

Prof. Dr. Luciano Farinha Watzlawick
Coordenador do Núcleo de Pós-Graduação *Lato Sensu* – NUPG/UNICENTRO – PR



Universidade Estadual do Centro-Oeste

Reconhecida pelo Decreto Estadual nº 3.444, de 8 de agosto de 1997
Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação - PROPESP
Núcleo de Pós-Graduação - NUPG

ANEXO 1 REQUERIMENTO DE MATRÍCULA - PÓS-GRADUAÇÃO LATO SENSU

O abaixo assinado vem respeitosamente requerer sua matrícula no Programa de Residência Médica em Clínica Médica.

RA (a ser preenchido pela DIAP-PG): _____

1. DADOS PESSOAIS

| | | |
|----------------------------|---------------|----------------|
| Nome: | | |
| Data de Nascimento: / / | Naturalidade: | Nacionalidade: |
| RG: | CPF: | Estado Civil: |

2. ENDEREÇO

| | | |
|---------|---------|-----------|
| Rua: | Número: | |
| Bairro: | Cidade: | Estado: |
| CEP: | e-mail: | Fone: () |

3. FORMAÇÃO ACADÊMICA

| | |
|---------------|--------------------|
| Graduação em: | Data da conclusão: |
| Instituição: | Cidade/Estado: |

_____, ____/____/20____.

Assinatura do requerente

Espaço Destinado à DIAP-PG

| |
|--|
| <input type="checkbox"/> 2 (duas) fotos 2x2 coloridas, com data de 2023 ou 2024 |
| <input type="checkbox"/> cópia legível autenticada da cédula de identidade ou outro documento oficial; |
| <input type="checkbox"/> cópia legível autenticada do CPF (atualizado junto à Receita Federal); |
| <input type="checkbox"/> se estrangeiro, cópia legível autenticada da cédula de Identidade de Estrangeiro que comprove ser portador de visto provisório ou permanente, resultando em situação regular no país; |
| <input type="checkbox"/> cópia autenticada frente e verso do Diploma de Graduação em Medicina, devidamente registrado e assinado, no que couber, ou declaração de conclusão do curso de Medicina, da faculdade de Medicina de origem, constando a data da colação de grau; |
| <input type="checkbox"/> cópia autenticada frente e verso do histórico escolar do curso de Medicina; |
| <input type="checkbox"/> comprovante de revalidação do diploma por Universidade pública, de acordo com a legislação vigente, para médico estrangeiro ou brasileiro que fez a graduação em Medicina no exterior; |
| <input type="checkbox"/> cópia autenticada da inscrição e/ou número do CRM do Paraná; |
| <input type="checkbox"/> registro na Previdência Social que lhe assegure os direitos previdenciários, como prevê a legislação vigente, em especial os decorrentes do seguro de acidente do trabalho; |
| <input type="checkbox"/> certificado de conclusão no PROVAB, expedida pela SGTES/MS. |
| Deferido em: ____/____/____. |