



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ANA BEZERRA
GERÊNCIA DE ENSINO E PESQUISA**

RESIDÊNCIA MÉDICA 2021

E D I T A L SIMPLIFICADO

O Hospital Universitário Ana Bezerra (HUAB/EBSERH) torna público que realizará Processo Seletivo Simplificado para o programa de Residência Médica de Saúde da Família e Comunidade.

I – DAS DISPOSIÇÕES PRELIMINARES

1.1. O Processo Seletivo para o Programa de Residência Médica de Saúde da Família e Comunidade com ingresso no ano de 2021, credenciados pela Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM), será regido por este Edital e executado pelo Hospital Universitário Ana Bezerra.

1.2. Serão oferecidas **04** vagas sendo que a seleção dos candidatos será baseada na **Análise Curricular**, de caráter eliminatório e classificatório.

1.3. Não poderão integrar a banca examinadora do Processo Seletivo:

- a) Cônjuge, companheiro, ex-companheiro, padrasto, enteado ou parente em linha reta, colateral ou por afinidade, até terceiro grau de candidatos inscritos;
- b) Quem tiver participação societária, como administrador ou não, ou exercer a função de magistério, em cursos formais ou informais de preparação de candidatos para ingresso em Residência Médica, ou contar com parentes em até terceiro grau, em linha reta, colateral ou por afinidade, nas condições de sócio, de administrador ou de professor, ou ainda quem as exerceu nos 5 (cinco) anos anteriores à data de publicação deste Edital;
- c) Sócio de candidato em atividade profissional, ou quem esteve nessa condição nos 5 (cinco) anos anteriores à data de publicação deste Edital;
- d) Orientador, ex-orientador, co-orientador, ex-co-orientador, orientando ou ex-orientando em cursos de pós-graduação feitos pelo candidato;
- e) Integrante de grupo ou projeto de pesquisa, a nível de pós-graduação *stricto sensu*, no qual tenha interagido com o candidato nos últimos 5 (cinco) anos.

II – DA RESIDÊNCIA MÉDICA

2.1. A Residência Médica é um curso de Pós-graduação *lato sensu*, regulamentado pelo decreto nº 80.281, de 05/09/77, e pela Lei 6.932, de 07/07/81, e demais Resoluções emanadas da CNRM.

2.2. O programa de treinamento em serviço será cumprido em regime de tempo integral e plantões, com carga horária de 60 horas semanais, perfazendo um total de 2.880 horas anuais.

2.2.1. Se necessário, o residente do programa cumprirá atividades em unidades conveniadas fora da instituição acima referida.

2.3. O programa terá início em **18/03/2021** e, atualmente, a bolsa auxílio é de R\$ 3,330,43 (três mil, trezentos e trinta reais e quarenta e três centavos).

III – DO PROGRAMA E VAGA

3.1. Distribuição das vagas, duração e pré-requisitos dos programas.

Código	Programa	Vaga	Instituição	Duração	Parecer	Pré-Requisito
120	MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE	04 (R1)	HUAB	02 anos	118/2011	-----
Total		04				

IV – DAS DISPOSIÇÕES GERAIS SOBRE A INSCRIÇÃO

4.1. A inscrição do candidato implicará a aceitação total e incondicional das disposições, normas e instruções constantes neste Edital.

4.2. Todas as informações prestadas pelo candidato, ao inscrever-se no Processo Seletivo, serão de sua inteira responsabilidade.

4.2.1. O candidato inscrito por outrem assume total responsabilidade pelas informações prestadas, arcando com as consequências de eventuais erros que seu representante venha a cometer ao preencher o Formulário de Inscrição.

4.3. Terá a sua inscrição cancelada e será eliminado do Processo Seletivo o candidato que usar dados de identificação de terceiros para realizar a sua inscrição.

4.4. A inscrição é gratuita.

4.5. Para efeito de inscrição, serão considerados documentos de identificação:

- a) Carteiras expedidas pelas Secretarias de Segurança Pública, pelos Comandos Militares, pelos Institutos de Identificação, pelos Corpos de Bombeiros Militares e por órgãos fiscalizadores (ordens, conselhos, etc.);
- b) Passaporte;
- c) Certificado de Reservista;
- d) Carteira de Trabalho e Previdência Social;
- e) Carteira Nacional de Habilitação, contendo foto; e
- f) Carteiras funcionais do Ministério Público ou expedidas por órgão público que, por lei federal, tenham validade como identidade.

V – DA INSCRIÇÃO

5.1. A inscrição poderá ser realizada presencialmente na Gerência de Ensino e Pesquisa do Hospital Universitário Ana Bezerra ou on-line através do endereço <<https://forms.gle/1fw1UPZmauQHGQTA6>> das 8h00min do dia 08 de março de 2021 às 20h00min do dia 10 de março de 2021. No ato da inscrição o candidato deverá anexar os documentos comprobatórios para análise curricular ou enviar as cópias dos documentos através do e-mail gep.huab@ebserh.gov.br

5.2. Para se inscrever, o candidato deverá, obrigatoriamente, ter Cadastro de Pessoa Física (CPF), documento de identificação, preencher todos os campos do Formulário de Inscrição.

- a) Os candidatos que queiram fazer uso de pontuação adicional, deverão entregar na Gerência de Ensino e Pesquisa do Hospital Universitário Ana Bezerra situada na rua Dr. Eudes Bezerra Galvão, S/N, Centro, Santa Cruz/RN Fone: (0xx84) 3291-2324, Ramal 3000 ou anexar on-line no ato da inscrição, no período de 08 a 10 de março de 2021, o certificado de conclusão ou a declaração de previsão de conclusão do Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB).

VI- DA ANÁLISE CURRICULAR

6.1 O candidato será submetido à Análise Curricular por meio da Documentação Comprobatória dos ITENS constantes nos subitens 6.2 deste Edital (Quadro da Análise Curricular), cujas pontuações devem ter sido previamente atribuídas, pelo candidato, ao preencher o Formulário de Inscrição.

6.2 Quadro da Análise Curricular

ITENS	PONTUAÇÃO	PONTUAÇÃO MÁXIMA	TIPO DE DOCUMENTO
1. Estágio não obrigatório com carga horária mínima de 240 horas e com duração mínima de 6 meses (documentação de estágio sem comprovação de carga horária total, início e término não será pontuada). OBS: As cargas horárias serão pontuadas para cada declaração, não haverá o somatório de	0,50 ponto por cada 240 horas	3,00	Declaração ou certificado em papel timbrado da Instituição (cópia)

cargas horárias de declarações diferentes.			
2. Monitoria(s)/Atividade(s) de Iniciação Científica/Bolsas de Extensão, remunerada ou não, devidamente registradas pela IES. OBS: As cargas horárias serão pontuadas para cada declaração, não haverá o somatório de cargas horárias de declarações diferentes.	0,50 ponto por cada 04 meses de atividade	3,00	Declaração ou certificado em papel timbrado da Instituição (cópia)
3. Apresentação de trabalhos em congressos ou simpósios. (publicados em Anais.	0,25 ponto por apresentação	1,50	Certificado(cópia)
4. Publicação de Trabalhos em revistas científicas.	Não indexada- Qualis C: 0,50 ponto Indexada Nacional – Qualis B (Base Scielo): 0,75 ponto Indexada Internacional – Qualis A (Base Pubmed): 1,0 ponto	2,00	Cópia do trabalho em questão publicado ou carta de aceite da revista.
5. Conhecimento em Língua Estrangeira (inglês ou espanhol). O documento comprobatório deverá indicar os níveis de estudo.	Básico (até dois anos de estudo): 0,25 ponto Intermediário (entre 2 e 4 anos de estudo): 0,40 ponto Avançado (a partir de 4 anos): 0,50 ponto	0,50	Declaração ou certificado em papel timbrado da Instituição (cópia)
Total de Pontos		10,0	

VII – DOS RECURSOS

7.1. O candidato poderá interpor recurso contra a pontuação obtida na Análise Curricular até vinte e quatro horas após a divulgação do respectivo resultado, observando os seguintes procedimentos:

a) Comparecer à Gerência de Ensino e pesquisa do HUAB e preencher integralmente o Requerimento de recurso;

7.2 As respostas aos recursos interpostos contra a pontuação obtida na Análise Curricular serão disponibilizadas, no sítio do HUAB (<https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-nordeste/huab-ufrn>), na data de divulgação do resultado final do processo.

7.3. Não serão aceitos recursos que

- a) estiverem em desacordo com as especificações contidas neste capítulo;
- b) estiverem fora do prazo estabelecido;
- c) não apresentem argumentação coerente com a questão a que se referem;
- e) se configurem em desrespeito à banca de análise curricular.

VIII– DO PREENCHIMENTO DAS VAGAS E DA MATRÍCULA

8.1. As vagas definidas neste edital serão preenchidas segundo a ordem decrescente das Notas Finais dos candidatos.

8.2 O candidato classificado deverá realizar o seu cadastro de matrícula, no prazo que consta no cronograma (ANEXO I), de forma não presencial através do envio de documentos para o e-mail gep.huab@ebserh.gov.br

8.3. O candidato que não efetuar a matrícula no período estabelecido no Edital será desclassificado.

8.4. Terá sua matrícula cancelada, o candidato matriculado que não comparecer ao serviço até 72 horas do início do programa.

8.5. O candidato classificado conforme limite de vagas, porém impossibilitado de cumprir o programa devido às obrigações militares, deverá comunicar o fato à Coordenação do Programa tão logo disponha dos documentos comprobatórios de convocação e cumprir o disposto na Resolução da CNRM nº. 4, de 30 de Setembro de 2011, para que seja assegurada sua vaga.

8.6. No ato do cadastro de matrícula, o candidato deverá digitalizar de forma legível e nítida (em resolução mínima de 300dpi, PDF, tons de cinza, frente e verso) um a um dos seguintes documentos e enviar para o e-mail gep.huab@ebserh.gov.br

a) Documentos de identificação: R.G, CPF, e Título de Eleitor (frente e verso);

b) Diploma de graduação (frente e verso) e Comprovante de Inscrição no Conselho Regional de Medicina, ou ainda, no caso dos diplomas emitidos fora do país deverão acompanhar a revalidação e tradução e comprovante de inscrição no Conselho Regional de Medicina;

c) Para estrangeiros – passaporte (folha com foto/dados pessoais e assinatura);

d) Certidão de quitação e regularidade com o conselho de classe profissional;

e) Número de inscrição do PIS PASEP;

f) Dados bancários (Banco do Brasil, Caixa Econômica, Santander ou Banespa);

g) Certidão de Quitação Eleitoral ou comprovante de votação;

h) Comprovante de residência;

i) Certificado de Dispensa de Incorporação - RESERVISTA (frente e verso);

j) Apólice de Seguro de Vida, com vigência referente ao período da residência;

8.7. Além da documentação exigida no Item 8.6, o candidato convocado deverá preencher, assinar e digitalizar no ato da matrícula: a ficha de cadastro do médico residente, o formulário do TCU o Termo de Compromisso e Responsabilidade da Residência Médica, ao qual está vinculado (anexos neste edital).

IX – DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

9.1 Será assegurada vaga, no ano seguinte da Residência Médica, ao candidato matriculado que tenha sido incorporado ao Serviço Militar obrigatório no Brasil. (Resolução da CNRM nº. 4, de 30 de Setembro de 2011).

9.2. Não serão fornecidas informações e documentos pessoais de candidatos a terceiros, em atenção ao disposto no artigo 31 da Lei 12.527, de 18 de novembro de 2011.

9.3 Os residentes inscritos deverão ficar cientes de que poderá haver necessidade de complementar a formação em Natal, sendo que os custos advindos de deslocamentos, alimentações e hospedagens deverão ser de responsabilidade dos residentes.

9.4. Outras informações poderão ser obtidas na Gerência de Ensino e Pesquisa do HUAB, situada na rua Dr. Eudes Bezerra Galvão, S/N, Centro, Santa Cruz/RN Fone: (0xx84) 3291-2324, Ramal 3000.

9.5. Os casos omissos e as situações não previstas neste Edital serão analisados pela COREME do HUAB.

Santa Cruz, 04 de março de 2021.

Profª Maria Cláudia de Medeiros Dantas de Rubim Costa
Superintendente do HUAB

ANEXO I
CRONOGRAMA

Eventos	Período
Inscrições	08 a 10 de março de 2021
Análise curricular	11 de março de 2021
Divulgação do Resultado da Análise Curricular	12 de março de 2021
Interposição de recursos contra a pontuação obtida na Análise Curricular	24 horas contadas a partir da divulgação do resultado Análise Curricular
Resultado Final	16 de março de 2021
Período de matrícula	17 de março de 2021
Início da Residência	18 de março de 2021



ANEXO II
TERMO DE COMPROMISSO E RESPONSABILIDADE

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
PRÓ-REITORIA DE PÓS GRADUAÇÃO

TERMO DE COMPROMISSO E RESPONSABILIDADE

Eu, _____, estou ciente que o programa de **pós-graduação lato sensu**, na modalidade de Residência Médica em Saúde da UFRN, caracteriza se por treinamento em serviço, com carga horária de 60 horas semanais. Desta forma, afirmo que cumprirei com as atividades do Programa de Residência Médica em Saúde da UFRN, na área de concentração em _____, contidas no Projeto Pedagógico. Estas atividades serão desenvolvidas em cenários de práticas diversos, **que podem corresponder aos três níveis de Atenção à Saúde no Estado do Rio Grande do Norte**. Além disso, declaro que não tenho nenhum vínculo ativo em programas de pós-graduação de residência em saúde.

_____ -RN, _____ de _____ de _____.

(Assinatura do candidato)

(Assinatura do Coordenador do PRMS)

ANEXO III
FICHA DE IMPLANTAÇÃO CADASTRAL PARA RESIDENTE

UNIDADE DE LOTAÇÃO:	
TIPO DE RESIDÊNCIA:	<input type="checkbox"/> MÉDICA <input type="checkbox"/> MULTIPROFISSIONAL
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO:	
ÁREA PROFISSIONAL:	

NOME:		
NOME SOCIAL (se houver):		
ESTADO CIVIL		
DATA DE NASCIMENTO:	CIDADE/UF DE NASCIMENTO:	
GÊNERO:		
INSTITUIÇÃO DE FORMAÇÃO:	ESCOLARIDADE	TIPO
		<input type="checkbox"/> PÚBLICA <input type="checkbox"/> PARTICULAR
ANO DE CONCLUSÃO:		
NACIONALIDADE <input type="checkbox"/> BRASILEIRO <input type="checkbox"/> ESTRANGEIRO	SE ESTRANGEIRO: País de origem: _____ Ano de chegada: _____	
PIS / PASEP / NIT:	<input type="checkbox"/> Não possui	
NOME DA MÃE:		

COR / ORIGEM ÉTNICA:	GRUPO SANGUÍNEO:	FATOR RH:
PESSOA COM DEFICIÊNCIA? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	SE SIM, QUAL?	

Nº DA IDENTIDADE:	ORGÃO DE EXPEDIÇÃO:	UF DE EXPEDIÇÃO:	DATA DE EMISSÃO:
CPF:	TÍTULO DE ELEITOR:	Nº ÓRGÃO DE CLASSE:	DATA DE EMISSÃO ÓRGÃO DE CLASSE:

ENDEREÇO:			
NÚMERO:	BAIRRO:	MUNICÍPIO:	UF:
CEP:	COMPLEMENTO:		

TELEFONE: ()	TELEFONE MÓVEL: ()
E-MAIL:	

BANCO:	AGÊNCIA:	CONTA CORRENTE:

ANEXO IV

FORMULÁRIO DE AUTORIZAÇÃO DE ACESSO AOS DADOS DE BENS E RENDAS DAS DECLARAÇÕES DE AJUSTE ANUAL DO IMPOSTO DE RENDA PESSOA



TRIBUNAL DE CONTAS DA UNIÃO

ANEXO II À INSTRUÇÃO NORMATIVA-TCU Nº 67, DE 6 DE JULHO DE 2011

FORMULÁRIO DE AUTORIZAÇÃO DE ACESSO AOS DADOS DE BENS E RENDAS DAS DECLARAÇÕES DE AJUSTE ANUAL DO IMPOSTO DE RENDA PESSOA

DADOS PESSOAIS

MATRICULA Nº: CPF Nº:

NOME:

CARGO/FUNÇÃO:

UNIDADE DE LOTAÇÃO:

AUTORIZAÇÃO

Autorizo, para fins de cumprimento da exigência contida no art. 13 da Lei 8.429 de 1992, e no Art. 1º da Lei 8.730, de 1993, e enquanto sujeito ao cumprimento das obrigações previstas nas Leis 8.429, de 1992, e 8.730, de 1993, o Tribunal de Contas da União - TCU a ter acesso aos dados de Bens e Rendas exigidos nas mencionadas Leis, das minhas Declarações de Ajuste Anual do Imposto de Renda Pessoa Física e das respectivas retificações apresentadas à Secretaria da Receita Federal do Brasil.

NATAL/RN, ____/____/____

LOCAL E DATA

ASSINATURA

AUTORIDADE/SERVIDOR