

ANEXO I: CRITÉRIOS PARA AVALIAÇÃO CURRICULAR**PROCESSO SELETIVO PÚBLICO PARA O PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MÉDICA
EM PSIQUIATRIA E PSIQUIATRIA – ÁREA DE ATUAÇÃO EM INFÂNCIA E
ADOLESCÊNCIA - 2022**

Critério	Descrição	Pontuação	Pontuação Máxima
Monitorias	Realização de monitoria	0,5 / semestre	1,5
Bolsas de Iniciação Científica	Bolsa de iniciação científica fornecida por agência de fomento ou instituição financiadora	0,5 / semestre	1,5
Publicações	Publicação em jornal internacional indexado a bases de dados	1,0 cada	2,0
	Publicação em jornal nacional indexado a bases de dados	0,5 cada	
	Autoria de capítulo de livro com ISBN	0,5 cada	
	Apresentação de trabalhos em eventos científicos no formato de pôster ou oral	0,25 cada	
Participação em Eventos	Organização de eventos científicos	0,50 cada	2,0
	Campanhas de saúde	0,25 cada	
	Participação em eventos científicos / acadêmicos como ouvinte / assistente	0,25 cada	
Estágios Extracurriculares	Estágio extracurricular na área médica em locais vinculados a instituições de ensino ou ao Sistema Único de Saúde (mínimo de 80 horas)	0,5 cada	1,5
Ligas	Participação em ligas acadêmicas – mínimo de um ano de participação	0,25 /semestre	1,0
Línguas	Comprovação de Proficiência em Inglês por instituição certificadora (TOEFEL, TOEIC, IELTS, Michigan, Cambridge).	0,5	0,5

ANEXO II: MODELO DE PROCURAÇÃO E DECLARAÇÃO DE AUTENTICIDADE DAS INFORMAÇÕES PRESTADAS E DOS DOCUMENTOS ANEXADOS PARA AVALIAÇÃO CURRICULAR E DE COMPROMISSO DE APRESENTAÇÃO DOS DOCUMENTOS ORIGINAIS

PROCESSO SELETIVO PÚBLICO PARA O PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MÉDICA EM DERMATOLOGIA – 2021

Eu (nome completo), (nacionalidade), (estado civil), portador do documento de identidade nº (número), expedido por (nome do Órgão expedidor/UF), CPF nº (número), residente a (endereço completo, com logradouro, nº, complemento, bairro, município, estado e CEP), candidato(a) à vaga no Programa de Residência Médica em Dermatologia do Ambulatório de Dermatologia Sanitária - ADS, nomeio e constituo meu bastante procurador o(a) Senhor(a) (nome completo), (nacionalidade), (estado civil), (profissão), portador do documento de identidade nº (número), expedido por (nome do Órgão expedidor/UF), CPF nº (número), residente a (endereço completo, com logradouro, nº, complemento, bairro, município, estado e CEP), para o fim específico de entregar meu currículo e os comprovantes impressos para análise, correspondentes à segunda etapa do Processo Seletivo Público para o referido Programa.

Declaro que assumo inteira responsabilidade pelas informações prestadas e autenticidade das cópias dos documentos entregues, comprometendo-me a apresentar os originais no ato de assinatura do Termo de Outorga no dia 01 de março de 2021.

Tenho ciência de que a falta de veracidade dessas informações acarretará minha exclusão do Processo Seletivo ou o cancelamento de minha matrícula.

(Local), (data), (assinatura), (nome completo), (número do documento de identidade) -
(Órgão expedidor)/(UF).

ANEXO III: CRITÉRIOS PARA AVALIAÇÃO CURRICULAR**PROCESSO SELETIVO PÚBLICO PARA O PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MÉDICA
EM DERMATOLOGIA - 2021**

Critério	Descrição	Pontuação	Pontuação Máxima
Monitorias	Realização de monitoria	0,5 / semestre	1,5
Bolsas de Iniciação Científica / Participação em projetos de pesquisa	Bolsa de iniciação científica fornecida por agência de fomento ou instituição financiadora	0,5 / semestre	1,5
	Participação em projeto de pesquisa	0,5 / semestre	
Publicações	Publicação em jornal internacional indexado a bases de dados	1,0 cada	2,0
	Publicação em jornal nacional indexado a bases de dados	0,5 cada	
	Autoria de capítulo de livro com ISBN	0,5 cada	
	Apresentação de trabalhos em eventos científicos no formato de pôster ou oral	0,25 cada	
Participação em Eventos	Organização de eventos científicos	0,25 cada	2,0
	Campanhas de saúde	0,25 cada	
	Participação em eventos científicos / acadêmicos Como ouvinte / assistente	0,1 cada	
Estágios Extracurriculares e Cursos / Programas de Aperfeiçoamento ou Especialização	Estágio extracurricular na área médica em locais vinculados a instituições de ensino ou ao Sistema Único de Saúde (mínimo de 80 horas)	0,5 cada	1,5
	Cursos / Programas de Aperfeiçoamento ou Especialização completos, em instituições de ensino credenciadas pelo Ministério da Educação do Brasil, com carga horária mínima de 300 horas, na área médica	1,0 cada	
Ligas	Participação em ligas acadêmicas	0,25 / semestre	1,0
Línguas	Comprovação de Proficiência em Inglês por instituição certificadora	0,5	0,5

ANEXO IV: FORMULÁRIO DE MATRÍCULA

PROCESSO SELETIVO PÚBLICO PARA INGRESSO NA RESIDÊNCIA MÉDICA

DADOS PESSOAIS:

Nome Completo:		DN: / /	
Naturalidade:	UF:	Nacionalidade:	Sexo: () Fem () Masc
Nome da mãe:		Nome do pai:	
Programa de Residência Médica:			

FORMAÇÃO:

Graduação: Medicina	Instituição:	Ano:
Especialização:	Instituição:	Ano:
Mestrado:	Instituição:	Ano:

DOCUMENTOS:

Nº da carteira de identidade:		Órgão expedidor:	UF:
Nº do CPF:		Cert. de Reservista:	
Nº do registro profissional (Conselho):		UF:	
Nº do título eleitoral:	Zona:	Seção:	

ENDEREÇO RESIDENCIAL:

Rua/Av.:		Nº:	Compl:	
Bairro:	Cidade:		UF:	CEP:
Telefone 1: (____) ____-____	Telefone 2: (____) ____-____	E-mail:		

REFERÊNCIA FAMILIAR:

Nome Completo:		Grau de Parentesco:		
Rua/Av.:		Nº:	Compl:	
Bairro:	Cidade:		UF:	CEP:
Telefone 1: (____) ____-____	Telefone 2: (____) ____-____	E-mail:		

Porto Alegre, _____ de _____ de 2022

Assinatura Candidato

Assinatura do responsável pela Matrícula

**ANEXO V: TERMO DE COMPROMISSO DE DEDICAÇÃO INTEGRAL AO
PROGRAMA**

PROCESSO SELETIVO PÚBLICO PARA INGRESSO NA RESIDÊNCIA MÉDICA

Eu (nome completo), (nacionalidade), (estado civil), portador do documento de identidade nº (número), expedido por (nome do Órgão Expedidor/UF), CPF nº (número), residente a (endereço completo, com logradouro, nº, complemento, bairro, município, estado e CEP), candidato(a) à vaga no Programa de Residência Médica em (nome do Programa), declaro que me comprometo a manter dedicação integral ao Programa. Tenho ciência de que o não cumprimento deste compromisso acarretará o cancelamento de minha matrícula.

(Local), (data), (assinatura), (nome completo), (número do documento de identidade) -
(Órgão expedidor)/(UF)

**ANEXO VI: MODELO DE PROCURAÇÃO E DECLARAÇÃO DE AUTENTICIDADE
DAS INFORMAÇÕES PRESTADAS E DOS DOCUMENTOS ANEXADOS PARA
MATRÍCULA E DE COMPROMISSO DE APRESENTAÇÃO DOS DOCUMENTOS
ORIGINAIS**

PROCESSO SELETIVO PÚBLICO PARA INGRESSO NA RESIDÊNCIA MÉDICA

Eu (nome completo), (nacionalidade), (estado civil), portador do documento de identidade nº (número), expedido por (nome do Órgão Expedidor/UF), CPF nº (número), residente a (endereço completo, com logradouro, nº, complemento, bairro, município, estado e CEP), candidato(a) à vaga no Programa de Residência Médica em (nome do Programa), nomeio e constituo meu bastante procurador o(a) Senhor(a) (nome completo), (nacionalidade), (estado civil), (profissão), portador do documento de identidade nº (número), expedido por (nome do Órgão expedidor/UF), CPF nº (número), residente a (endereço completo, com logradouro, nº, complemento, bairro, município, estado e CEP), para o fim específico de efetivar minha matrícula e entregar a documentação necessária para a mesma no referido Programa.

Declaro que assumo inteira responsabilidade pelas informações prestadas e autenticidade das cópias dos documentos entregues, comprometendo-me a apresentar os originais no ato de assinatura do Termo de Outorga no dia 01 de março de 2021.

Tenho ciência de que a falta de veracidade dessas informações acarretará minha exclusão do Processo Seletivo ou o cancelamento de minha matrícula.

(Local), (data), (assinatura), (nome completo), (número do documento de identidade)-
(Órgão expedidor)/(UF).

**ANEXO VII: DECLARAÇÃO DE AUTENTICIDADE DAS CÓPIAS ENVIADAS
DIGITALMENTE E DE COMPROMISSO DE APRESENTAÇÃO DOS DOCUMENTOS
ORIGINAIS**

PROCESSO SELETIVO PÚBLICO PARA INGRESSO NA RESIDÊNCIA MÉDICA

Eu (nome completo), (nacionalidade), (estado civil), portador do documento de identidade nº (número), expedido por (nome do Órgão Expedidor/UF), CPF nº (número), residente a (endereço completo, com logradouro, nº, complemento, bairro, município, estado e CEP), candidato(a) à vaga no Programa de Residência Médica em (nome do Programa), declaro que as cópias enviadas por e-mail para matrícula correspondem fielmente aos documentos originais, os quais comprometo-me a apresentar no ato de assinatura do Termo de Ourorga no dia 01 de março de 2021.

Tenho ciência de que a falta de veracidade dessas informações acarretará o cancelamento de minha matrícula.

(Local), (data), (assinatura), (nome completo), (número do documento de identidade) -
(Órgão expedidor)/(UF).