

EDITAL

UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS – UNISINOS / ESCOLA DE SAÚDE
PROCESSO SELETIVO PARA INGRESSO NOS PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA MÉDICA

(Programas Credenciados à C.N.R.M./SESu/MEC)

EDITAL COREME 01/2024
Anexo à Resolução nº 13/2024

1. PREÂMBULO

1.1 A Universidade do Vale do Rio dos Sinos – UNISINOS (mantida pela Associação Antônio Vieira) torna público aos interessados que estarão abertas as inscrições para seleção de candidatos para os Programas de Residência Médica (PRM) em **CLÍNICA MÉDICA**, em **PEDIATRIA**, em **MEDICINA INTENSIVA** e em **MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE**, conforme a legislação vigente (Resolução nº 17 de 21/12/2022 – da Comissão Nacional de Residência Médica (C.N.R.M./SESu/MEC), **sob concessão de bolsas do Ministério da Saúde**.

1.2 As atividades práticas serão desenvolvidas na Rede de Atenção à Saúde, do município de Gravataí/RS ou em outros municípios e locais da rede de saúde que se fizerem necessários para a adequada formação do médico-residente. A escolha do local para realização das atividades práticas será definida exclusivamente pela UNISINOS.

1.3 Informações adicionais sobre cada programa podem ser verificadas no site: www.unisinos.br/pos/?nivel=residencia#cursos.

2. INSCRIÇÕES E VAGAS

2.1 As inscrições serão recebidas exclusivamente através do e-mail da COREME UNISINOS, a saber: coreme@unisinos.br, no período de **08 a 14 de março de 2024** (até o horário limite das 23h59min).

2.2 Os candidatos deverão encaminhar a SOLICITAÇÃO DE INSCRIÇÃO, ANEXO III deste edital, devida mente preenchida para coreme@unisinos.br.

Programa	Vagas	Duração
Clínica Médica *	2	2 anos
Pediatria *	2	3 anos
Medicina Intensiva *	1	3 anos
Medicina de Família e Comunidade - Gravataí	1	2 anos

*Hospital Dom João Becker – Gravataí/RS.

2.3 A taxa de inscrição é de R\$ 350,00 (trezentos e cinquenta reais) o pagamento deverá ser realizado exclusivamente na rede bancária, conforme a data de vencimento do próprio boleto. O boleto será gerado pela UNISINOS e enviado aos candidatos.

2.3.1 Em hipótese alguma haverá devolução ou reaproveitamento do valor da taxa de inscrição.

2.3.2 Se o pagamento da taxa de inscrição for realizado por agendamento, a data de efetivação não poderá ultrapassar a data de vencimento do próprio boleto.

2.3.3 Não será aceito pagamento posterior à data de vencimento.

2.3.4 No caso de não pagamento da taxa até a data de vencimento, a inscrição não será considerada válida, e o candidato não participará do Processo Seletivo.

2.4 O candidato deve possuir Diploma de Médico ou Diploma de Bacharel em Medicina ou Certificado de Conclusão de Curso em Medicina, reconhecido ou revalidado nos termos do artigo 48 da Lei nº 9.394/1996 (LDB) e Registro no respectivo Conselho Profissional Médico.

2.5 A inscrição que estiver em desacordo com este Edital será anulada em qualquer época, resultando na eliminação sumária do candidato, na exclusão do seu nome da relação de aprovados ou suplentes e na perda

de todos os respectivos direitos, mesmo que já tenha ocorrido a homologação do resultado do processo seletivo.

3. CRITÉRIOS DE SELEÇÃO

3.1 O processo seletivo acontecerá em etapa única com base na avaliação teórica-objetiva por meio da melhor nota do candidato dos últimos 5 (cinco) anos no Exame da AMRIGS.

3.2 A Análise de Desempenho no Exame AMRIGS está prevista para **18/03/2024**.

3.3 O processo seletivo baseia-se no artigo 2º da Lei nº 6.932, de 07 de julho de 1981, e nas resoluções posteriores da CNRM/SESu/MEC.

3.4 Para ser classificado no presente processo seletivo, o candidato deverá obter, no mínimo, 50% (cinquenta por cento) de acertos (nota 5,0) no conjunto das questões da prova teórico-objetiva do Exame da AMRIGS.

3.5 PROVAB: a realização da PROVAB será pontuada, conforme estabelecido na legislação em vigor da CNRM/SESu/MEC, pela UNISINOS. O candidato que fizer uso do PROVAB e não apresentar o Certificado de Conclusão até o dia 10 de março de 2022, será RECLASSIFICADO no presente processo seletivo como se não tivesse realizado a PROVAB, podendo, de acordo com a sua nova pontuação e classificação, perder a respectiva vaga e ter sua matrícula excluída caso ele tenha sido selecionado e tenha se matriculado.

3.6 MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE: O candidato que tiver concluído o PRM em Medicina de Família e Comunidade e apresentar o respectivo certificado, terá acréscimo de 10% na nota final, conforme legislação vigente.

3.7 Os candidatos serão classificados pela ordem decrescente da nota obtida na prova teórico-objetiva do Exame da AMRIGS. Para fins de desempate, terá preferência o candidato de maior idade.

4. DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS PRELIMINARES

4.1 A divulgação do resultado preliminar com a lista dos candidatos selecionados e dos suplentes ocorrerá no dia 19/03/2024 no site: <https://www.unisinos.br/pos/?nivel=residencia#cursos>.

5. RECURSOS

5.1 Os recursos referentes à nota do processo seletivo deverão ser encaminhados a COREME UNISINOS através do e-mail: coreme@unisinos.br até as 17h do dia 20/03/2024.

5.2 Recursos encaminhados de outra forma ou fora do prazo serão desconsiderados.

6. RESULTADO

6.1 A divulgação do resultado com a lista definitiva dos candidatos selecionados e dos suplentes ocorrerá no dia 21/03/2024 no site <https://www.unisinos.br/pos/?nivel=residencia#cursos>.

7. MATRÍCULA E SUPLENTE

7.1 Para a matrícula, o candidato deverá enviar a documentação listada no item 7.2 para o e-mail coreme@unisinos.br até o dia **22/03/2024**. Mediante a documentação completa, os candidatos deverão aguardar contato via WhatsApp no dia 22/03/2024, das 9h às 16h. Caso a UNISINOS não tenha êxito no contato, o candidato perderá o direito à vaga.

7.2 O candidato selecionado deverá encaminhar os seguintes documentos:

- Registro no Conselho Profissional de Medicina;
- Diploma de Médico(a) e/ou Bacharel(a) em Medicina (frente e verso) ou Certificado de Conclusão de Curso de Medicina, de Instituição credenciada pelo MEC;
- Registro Civil (Certidão de Nascimento ou Casamento).;
- Documento de Identidade;
- CPF;
- Currículo Lattes.
- Comprovante de endereço residencial atualizado ou, caso não o tenha em seu nome, declaração do titular do comprovante de que o candidato reside naquele endereço;

- Foto 3x4 para crachá;
- Comprovante de vacinação (sarampo e COVID-19);
- Comprovante de conta bancária em um dos bancos credenciados ao Ministério da Saúde: Para o programa de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade, este deve ser na modalidade CORRENTE, nos bancos BRADESCO ou SANTANDER. Para os programas de Residência Médica em Clínica Médica e Pediatria, cuja bolsa é paga pela própria Universidade, o candidato deverá abrir conta SALÁRIO no banco SANTANDER.
- Documento de Reservista ou de dispensa do Serviço Militar Obrigatório, para os participantes do sexo masculino;
- Comprovante de quitação com as obrigações eleitorais.

7.3 Os documentos emitidos por instituição estrangeira deverão ser traduzidos por tradutor juramentado (exceto os obtidos em países do MERCOSUL e os versados em língua espanhola). O Diploma e o Histórico Escolar deverão ser apostilados, no caso de sua origem ser de um país signatário da Convenção de Haia (Resolução CNJ nº 228, de 2016, do Conselho Nacional de Justiça), ou autenticados por autoridade consular competente, no caso de país não signatário.

7.4 O candidato estrangeiro deverá apresentar também cópia autenticada dos seguintes documentos: passaporte; visto de regularidade no País, fornecido pela Polícia Federal; visto de permanência no País ou visto de trabalho no País; Diploma revalidado; Certificado de proficiência em português brasileiro.

7.5 Não serão aceitas matrículas com a documentação incompleta ou que estiverem em desacordo com o presente Edital.

7.6 Os candidatos selecionados que não efetuarem a sua matrícula na data, no horário e na forma previstos no presente Edital ou designado pela UNISINOS, serão considerados desistentes e perderão o direito à vaga e aos respectivos benefícios.

7.7 Remanescendo alguma vaga em aberto, serão chamados, para matrícula, os candidatos suplentes, respeitada a ordem de classificação e o número de vagas indicadas no presente processo seletivo. Os candidatos suplentes deverão acompanhar as convocações para matrícula pelo do site <https://www.unisinos.br/pos/?nivel=residencia#cursos>. O candidato suplente convocado deverá realizar a sua matrícula de acordo com as regras contidas no presente Edital, dentro do prazo estabelecido na sua convocação, sob pena de ser considerado desistente e perder o direito à vaga e aos respectivos benefícios.

7.8 Uma vez efetuada a matrícula, o pedido de cancelamento deverá ser encaminhado ao e-mail coreme@unisinos.br.

8. BOLSA

8.1 Os programas em Residência Médica são amparados por Bolsa paga pelo governo brasileiro, de acordo com a Portaria Interministerial nº 3, de 13 de outubro de 2021, do Ministério da Educação e do Ministério da Saúde (Anexo I).

8.2 Será pago o valor da Bolsa vigente no Brasil, conforme determinação da CNRM / SESu / MEC.

8.3 Para os candidatos selecionados ao Programa de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade, existe a possibilidade de complementação da bolsa de acordo com a Portaria n. 3.510, de 18 de dezembro de 2019 do Ministério da Saúde e a Lei N° 4628, de 28 de abril de 2023, do Município de Gravataí/RS.

8.4 A Bolsa está sujeita aos descontos e retenções tributárias e previdenciárias nos termos da lei.

9. INÍCIO DO PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MÉDICA

9.1 O início dos programas se dará no dia **25/03/2024**.

10. DISPOSIÇÕES GERAIS

10.1 Obedecendo ao disposto no artigo 5º da Resolução nº 1, de 03 de janeiro de 2017, da Comissão Nacional de Residência Médica, serão efetivadas somente as matrículas de candidatos suplentes que não possuam vínculo em outro Programa de Residência, até o dia 15 de março de 2021. Nesse caso, se matriculado em

outro Programa e em outra instituição, o candidato suplente aprovado e convocado deverá, primeiramente, formalizar a desistência do PRM em que fora originalmente matriculado.

10.2 Se, no ato da matrícula, for detectado que o candidato suplente já está matriculado em outro PRM e cadastrado no Sistema da Comissão Nacional de Residência Médica (SisCNRM), esse candidato será eliminado do presente processo seletivo, sendo obedecidas as normas para chamadas dos suplentes, conforme previsto neste Edital.

10.3 Será automaticamente desclassificado do processo seletivo o candidato que não cumprir as normas estabelecidas ou não preencher todos os requisitos previstos neste Edital, em eventuais editais complementares ou na legislação vigente.

10.4 Quaisquer alterações nas regras estabelecidas neste Edital somente poderão ser realizadas por intermédio de retificações ou editais complementares.

10.5 É de inteira responsabilidade do candidato a interpretação deste Edital, bem como o acompanhamento da publicação de todos os atos, instruções, convocações e comunicados ao longo do período em que se realiza esta seleção, que serão publicados no site <https://www.unisinos.br/pos/?nivel=residencia#cursos>, não podendo alegar desconhecimento ou discordância.

10.6 Todos os horários estabelecidos no presente Edital referem-se ao horário de Brasília.

10.7 Os casos omissos neste Edital serão resolvidos pela COREME da UNISINOS.

INFORMAÇÕES ADICIONAIS:

UNISINOS

Endereço: Av. Unisinos, 950 - São Leopoldo/RS

Telefone: (51) 3591.1122, ramais 1274 e 1288.

WhatsApp: (51) 9955-8919

E-mail: coreme@unisinos.br

Site: www.unisinos.br

11. CRONOGRAMA

11.1 O Cronograma de Execução deste Processo Seletivo poderá ser alterado pela COREME da UNISINOS a qualquer momento, havendo razão justificada, sem que caiba aos interessados o direito de se opor ou reivindicar. Caso haja alguma alteração, a informação será publicada por meio de errata ou Edital Complementar no site <https://www.unisinos.br/pos/?nivel=residencia#cursos>.

PROCESSO SELETIVO PARA INGRESSO NOS PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA MÉDICA UNISINOS CRONOGRAMA DE EXECUÇÃO	DATAS
Inscrição	08 a 14/03/2024
Avaliação das Notas do Exame AMRIGS enviados à COREME	18/03/2024
Divulgação das notas no site da UNISINOS	19/03/2024
Interposição de Recurso	20/03/2024
Resultado	21/03/2024
Matrícula dos Selecionados	22/03/2024
Início dos Programas de Residência Médica	25/03/2024 – 8h

São Leopoldo, 07 de março de 2024.

Sérgio Eduardo Mariucci
Reitor

TERMO DE OUTORGA E ACEITAÇÃO DE BOLSA (ANEXO I)

Pelo presente instrumento, a **UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS – UNISINOS** – Instituição de Ensino Superior autorizada pelo Decreto-Lei n.º 722/69, de 31.07.1969, reconhecida pelo Ministério da Educação através da Portaria n.º 453/83, de 21.11.1983 (DOU de 22.11.1983), de direito privado, sem fins lucrativos, filantrópica, assistencial, reconhecida como de utilidade pública federal, estadual e municipal, inscrita no CNPJ/MF sob o n.º 92.959.006/0008-85, com sede na Avenida Unisinos, n. 950, em São Leopoldo, Rio Grande do Sul, neste ato representada por seu representante legal, doravante designada simplesmente como **UNISINOS**, outorga bolsa, na modalidade RESIDÊNCIA, no âmbito do **PROGRAMA NACIONAL DE APOIO À FORMAÇÃO DE MÉDICOS ESPECIALISTAS EM ÁREAS ESTRATÉGICAS, do Edital nº 01/GM/MS de 04 de agosto de 2015**, publicada no DOU de 05 de agosto de 2015, para a(o) profissional médico(a), **XXXXXXXXXXXXXXXXXX**, inscrito no RG sob n.º **XXXXXXXXXX** e no CPF nº **XXXXXXXXXX**, residente e domiciliado na **XXXXXXXXXX**, Bairro **XXXXXXXXXX**, CEP **XXXXXXXXXX**, na cidade de **XXXXXXXXXX/RS**, doravante designado(a) **BOLSISTA**, que, com base nas estipulações legais pertinentes, firmam o presente Termo de Outorga e Aceitação de Bolsa, de acordo com as seguintes cláusulas e condições:

CLAÚSULA PRIMEIRA – OBJET

O presente Termo tem por objeto conceder ao **BOLSISTA** uma Bolsa de Residência para a realização do **Programa de Residência Médica em XX da UNISINOS**, autorizado pelo Parecer CNRM XX/XX, de XX de XX de XXXX, durante o período de **XX/XX/XXXX a XX/XX/XXXX**.

CLAÚSULA SEGUNDA – RESPONSABILIDADES

2.1 – A **UNISINOS** obrigar-se-á a:

- I – oferecer adequadas condições de trabalho e aprendizagem ao **BOLSISTA**;
- II – administrar e coordenar o programa por meio da Coordenação do seu Programa de Residência Médica (RM);
- III - assegurar os direitos do **BOLSISTA**, conforme a legislação de regência; e
- IV – fornecer certificado de conclusão do curso ao **BOLSISTA**, desde que cumpridos todos os requisitos acadêmicos previstos no Programa de Residência Médica (RM).

2.2 – O **BOLSISTA** obrigar-se-á a:

- I – cumprir e fazer cumprir integralmente o estabelecido nas diretrizes, políticas, programas e normas da **UNISINOS**, no Regimento Interno da Comissão de Residência Médica (COREME) da **UNISINOS**, das Resoluções da Comissão Nacional de Residência Médica e por Área Profissional de Saúde (CNRM), bem como aquelas vinculadas ao Sistema Único de Saúde – SUS e às instituições em que realizar as atividades práticas, observando, ainda, o respectivo Código de Ética Profissional;
- II – cumprir o regulamento do Programa de Residência Médica da **UNISINOS**, bem como as demais normas emanadas dos órgãos autorizados para tal fim;
- III – cumprir integralmente a carga horária das atividades de aprendizagem previstas no Programa de Residência Médica da **UNISINOS**;

- IV** – apresentar, até a data estabelecida para o início do Programa, os seguintes documentos: identidade civil, inscrição no Cadastro de Pessoas Físicas do Ministério da Fazenda – CPF, identidade profissional emitida pelo Conselho Regional de sua profissão;
- V** – firmar termo de compromisso específico para as atividades práticas a serem realizadas junto às respectivas instituições.

CLAÚSULA TERCEIRA – PAGAMENTO

3.1 - O **BOLSISTA** receberá uma bolsa do **Ministério da Saúde**, com valor fixado na legislação vigente, enquanto estiver cumprindo o Programa de Residência Médica, respeitado o período de vigência estipulado no presente instrumento.

3.2 – O pagamento da bolsa será suspenso a contar do dia seguinte à data de interrupção do Programa, por afastamento temporário, suspensão, desistência, desligamento ou óbito do **BOLSISTA**, a ser informado pela **UNISINOS**, conforme determina a legislação.

CLAÚSULA QUARTA – VIGÊNCIA

4.1 – A vigência do presente instrumento e da respectiva Bolsa de Residência iniciará em **XX/XX/XXXX**, encerrando-se em **XX/XX/XXXX**.

CLAÚSULA QUINTA – DISPOSIÇÕES FINAIS

5.1 – A assinatura deste instrumento torna automaticamente sem efeito outros que tenham sido anteriormente celebrados pelos signatários.

5.2 - O Programa de Residência não implica em vínculo empregatício de qualquer natureza entre o **BOLSISTA** e a **UNISINOS**;

5.3 – O descumprimento das obrigações previstas neste instrumento implicará na sua imediata extinção e desligamento do Programa a qualquer momento.

5.4 - Os casos omissos serão resolvidos pela Coordenação de Residência Médica da UNISINOS.

5.5 - As partes elegem o foro da Comarca de São Leopoldo, RS, para dirimir as questões relativas ao presente instrumento, renunciando, neste ato, a qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

E, por estarem justas e acordadas, assinam o presente instrumento, em 02 (duas) vias de igual teor e forma, na presença de 02 (duas) testemunhas.

São Leopoldo, RS, XX/XX/2024.

UNISINOS

BOLSISTA

Testemunha:

Testemunha:

Nome:

CPF:

Nome:

CPF:

TERMO DE OUTORGA E ACEITAÇÃO DE BOLSA (ANEXO II)

Pelo presente instrumento, a **UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS – UNISINOS** – Instituição de Ensino Superior autorizada pelo Decreto-Lei n.º 722/69, de 31.07.1969, reconhecida pelo Ministério da Educação através da Portaria n.º 453/83, de 21.11.1983 (DOU de 22.11.1983), de direito privado, sem fins lucrativos, filantrópica, assistencial, reconhecida como de utilidade pública federal, estadual e municipal, inscrita no CNPJ/MF sob o n.º 92.959.006/0008-85, com sede na Avenida Unisinos, n. 950, em São Leopoldo, Rio Grande do Sul, neste ato representada por seu representante legal, doravante designada simplesmente como **UNISINOS**, outorga bolsa, na modalidade RESIDÊNCIA, no âmbito do **PROGRAMA NACIONAL DE APOIO À FORMAÇÃO DE MÉDICOS ESPECIALISTAS EM ÁREAS ESTRATÉGICAS, do Edital nº 01/GM/MS de 04 de agosto de 2015**, publicada no DOU de 05 de agosto de 2015, para a(o) profissional médico(a), **XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX**, inscrito no RG sob n.º **XXXXXXXXXXXX** e no CPF nº **XXXXXXXXXXXX**, residente e domiciliando na **XXXXXXXXXXXX**, Bairro **XXXXXXXXXX**, CEP **XXXXXXXXXX**, na cidade de **XXXXXXX/RS**, doravante designado(a) **BOLSISTA**, que, com base nas estipulações legais pertinentes, firmam o presente Termo de Outorga e Aceitação de Bolsa, de acordo com as seguintes cláusulas e condições:

Considerando que a Universidade do Vale do Rio dos Sinos - UNISINOS comprometeu-se com o Ministério da Educação (MEC) a ofertar Programas de Residências Médica no Plano de Residência Médica, tendo sido esse um dos requisitos para a aprovação da oferta do Curso de Graduação em Medicina, vinculado ao Edital MEC nº 6/2014 – Primeiro Edital de Chamada Pública de Mantenedoras de Instituições de Educação Superior do Sistema Federal de Ensino para Seleção de Propostas para Autorização de Funcionamento de Cursos de Medicina em Municípios Selecionados no Âmbito do Edital nº 03, de 22 de outubro de 2013.

Considerando que a UNISINOS renovou seu compromisso nas visitas de monitoramento realizadas pelo Ministério da Educação (MEC), sendo autorizado e aprovado o funcionamento de curso em virtude do cumprimento de todos os requisitos, sendo um deles o referido Plano de Residência Médica.

Considerando que, em virtude do atual cenário econômico e de saúde pública do país, o MEC reduziu o número de oferta de bolsas para todos os Programas de Residência Médica, sendo a UNISINOS não FOI contemplada com recursos financeiros para pagamento das respectivas Bolsas de Residência para a realização do Programa de Residência Médica, a Universidade resolveu custear com recursos próprios XX (XX) Bolsas de Residência para o Programas de Residência Médica com o objetivo de cumprir os requisitos inerentes à oferta do Curso de Graduação em Medicina.

CLAÚSULA PRIMEIRA – OBJETO

O presente Termo tem por objeto conceder ao **BOLSISTA** uma Bolsa de Residência para a realização do **Programa de Residência Médica em XX da UNISINOS**, autorizado pelo Parecer CNRM XX/XX, de XX de XX de XXXX, durante o período de **XX/XX/XXXX a XX/XX/XXXX**.

CLAÚSULA SEGUNDA – RESPONSABILIDADES

2.1 – A **UNISINOS** obrigar-se-á a:

- I – oferecer adequadas condições de trabalho e aprendizagem ao **BOLSISTA**;
- II – administrar e coordenar o programa por meio da Coordenação do seu Programa de Residência Médica (RM);
- III – realizar o pagamento da bolsa ao **BOLSISTA**;
- IV – assegurar os direitos do **BOLSISTA**, conforme a legislação de regência; e
- V – fornecer certificado de conclusão do curso ao **BOLSISTA**, desde que cumpridos todos os requisitos acadêmicos previstos no Programa de Residência Médica (RM).

2.2 – O **BOLSISTA** obrigar-se-á a:

- I – cumprir e fazer cumprir integralmente o estabelecido nas diretrizes, políticas, programas e normas da **UNISINOS**, no Regimento Interno da Comissão de Residência Médica (COREME) da **UNISINOS**, das Resoluções da Comissão Nacional de Residência Médica e por Área Profissional de Saúde (CNRM), bem como aquelas vinculadas ao Sistema Único de Saúde – SUS e às instituições em que realizar as atividades práticas, observando, ainda, o respectivo Código de Ética Profissional;
- II – cumprir o regulamento do Programa de Residência Médica da **UNISINOS**, bem como as demais normas emanadas dos órgãos autorizados para tal fim;
- III – cumprir integralmente a carga horária das atividades de aprendizagem previstas no Programa de Residência Médica da **UNISINOS**;
- IV – apresentar, até a data estabelecida para o início do Programa, os seguintes documentos: identidade civil, inscrição no Cadastro de Pessoas Físicas do Ministério da Fazenda – CPF, identidade profissional emitida pelo Conselho Regional de sua profissão e dados bancários para realização do pagamento da Bolsas de Residência;
- V – firmar termo de compromisso específico para as atividades práticas a serem realizadas junto às respectivas instituições.

CLAÚSULA TERCEIRA – PAGAMENTO

3.1 - O **BOLSISTA** receberá uma bolsa da **UNISINOS** no mesmo valor fixado pela legislação vigente, enquanto estiver cumprindo o Programa de Residência Médica, respeitado o período de vigência estipulado no presente instrumento.

3.2 - A **UNISINOS** pagará ao **BOLSISTA**, mensalmente, a título de Bolsa de Residência, o valor de R\$ XX (XX), valor equivalente ao valor de bolsa concedido pelo Ministério da Saúde, a ser pago no quinto dia útil de cada mês, mediante depósito em conta corrente de propriedade do **BOLSISTA**.

3.3 – O pagamento da Bolsa será suspenso a contar do dia seguinte à data de interrupção do Programa, por afastamento temporário, suspensão, desistência, desligamento ou óbito do **BOLSISTA**, conforme determina a legislação.

CLAÚSULA QUARTA – VIGÊNCIA

4.1 – A vigência do presente instrumento e da respectiva Bolsa de Residência iniciará em **XX/XX/XXXX**, encerrando-se em **XX/XX/XXXX**.

CLAÚSULA QUINTA – DISPOSIÇÕES FINAIS

5.1 – A assinatura deste instrumento torna automaticamente sem efeito outros que tenham sido anteriormente celebrados pelos signatários.

5.2 – O Programa de Residência não implica em vínculo empregatício de qualquer natureza entre o **BOLSISTA** e a **UNISINOS**;

5.3 – O descumprimento das obrigações previstas neste instrumento implicará na sua imediata extinção e desligamento do Programa a qualquer momento.

5.4 – Os casos omissos serão resolvidos pela Coordenação de Residência Médica da UNISINOS.

5.5 – As partes elegem o foro da Comarca de São Leopoldo, RS, para dirimir as questões relativas ao presente instrumento, renunciando, neste ato, a qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

E, por estarem justas e acordadas, assinam o presente instrumento, em 02 (duas) vias de igual teor e forma, na presença de 02 (duas) testemunhas.

São Leopoldo, RS, XX/XX/2024.

UNISINOS

BOLSISTA

Testemunha:

Testemunha:

Nome:

CPF:

Nome:

CPF:

SOLICITAÇÃO DE INSCRIÇÃO (ANEXO III)

Venho por meio desta solicitar minha inscrição no processo seletivo do Programa em Residência Médica da UNISINOS. Coloco-me à disposição para que para fins deste processo seletivo a Unisinos entre em contato se assim for necessário.

Exame da AMRIGS				
Ano	Ano	Ano	Ano	Ano
Nota	Nota	Nota	Nota	Nota
Programa de Residência Médica em: <input type="checkbox"/> CLÍNICA MÉDICA <input type="checkbox"/> MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE <input type="checkbox"/> MEDICINA INTENSIVA <input type="checkbox"/> PEDIATRIA				
Nome completo:				
Cart. Identidade:			CPF:	
Data de Nascimento:		Naturalidade:		Cor/Raça:
Endereço:				
			Nº	Complemento:
Bairro:		Cidade:		UF:
CEP:	E-mail:		Telefone:	
Observações:				

Data: _____ Assinatura do candidato: _____