

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANÁ – UNIOESTE
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA EM ÁREA PROFISSIONAL DE SAÚDE EM
FARMÁCIA.**

EDITAL Nº 026/2016- COREMU

**CONVOCAÇÃO DE CANDIDATOS PARA A
MATRÍCULA NO PROGRAMA DE
RESIDÊNCIA FARMACÊUTICA UNIOESTE
PARA O ANO LETIVO DE 2016,
ESPECIALIDADES EM ANÁLISES CLÍNICAS
E EM FARMÁCIA HOSPITALAR.**

A Coordenadora de Residência Multiprofissional em Saúde – COREMU e os Coordenadores dos Programas de Residência Farmacêutica, com Especialidade em Análises Clínicas e Especialidade em Farmácia Hospitalar, da Universidade Estadual do Oeste do Paraná – UNIOESTE, no uso das atribuições estatutárias e regimentais, e considerando o disposto no Edital nº 088/2015- COREMU, de 02 de dezembro de 2015;

TORNA PÚBLICO:

Art. 1º - A convocação dos candidatos classificados, no limite das vagas, para a matrícula no Programa de Residência Farmacêutica com Especialidades em Análises Clínicas e em Farmácia Hospitalar da Universidade Estadual do Oeste do Paraná - UNIOESTE, para o ano letivo 2016, conforme a relação a seguir:

Análises Clínicas

Nº de inscrição	Nome do (a) candidato (a)	Classificação
82	Taise Regina Ficagna	1º
182	Lucas Casagrande	2º
69	Fernanda Weyand Banhuk	3º
124	Dayane Bassotto da Costa	4º
147	Taimara Brustolin	5º

Farmácia Hospitalar

Nº de inscrição	Nome do (a) candidato (a)	Classificação
142	Ana Carolina Feil Kmetzki	1º
37	Eliz Cassieli Pereira Pinto	2º
87	Rafaela Sirtoli	3º
70	Jeferson Giovan Volkweis	4º

Art. 2º - As matrículas dos candidatos classificados no limite de vagas serão efetuadas na Secretaria de Pós-graduação do *Campus* de Cascavel, no Bloco de Salas de Aulas – Sala 12 – Fone 3220-7407, no período de **22 a 23 de fevereiro de 2016, no horário das 08h15min às 11h45min e das 13h45min às 17h15min.**

Art. 3º - Os candidatos aprovados e classificados dentro do limite de vagas terão que apresentar no momento da matrícula, além da documentação já entregue na inscrição, os seguintes documentos:

- a)** duas cópias autenticadas do CPF;
- b)** cópia autenticada do certificado de reservista para candidatos do sexo masculino;
- c)** duas cópias autenticadas do título de eleitor;
- d)** duas cópias autenticadas da Cédula de Identidade do Farmacêutico expedida pelo Conselho Regional de Farmácia (CRF) ou comprovante de inscrição no CRF;
- e)** duas cópias simples da Carteira de trabalho e número do PIS;
- f)** Fotocópia autenticada do diploma, ou do certificado, ou do atestado de conclusão do curso de Farmácia em escola reconhecida pelo Ministério da Educação ou declaração de ser aluno regularmente matriculado no último ano do curso, devendo apresentar, obrigatoriamente, no ato da matrícula, o comprovante de conclusão do curso, com declaração de que o curso de Farmácia é reconhecido pelo Ministério da Educação;
- g)** O candidato deverá apresentar o Termo de Compromisso assinado, conforme **Anexo VI**;
- h)** Apresentar cópia simples do Cartão de Vacinação, constando os dados referentes a cada dose de vacina obrigatória recebida, a saber: **Hepatite B; dT** (Dupla tipo adulto) – Difteria e Tétano; **Febre Amarela e Tríplice Viral** - sarampo, caxumba e rubéola, disponíveis em todas as Unidades Básicas de Saúde (UBS);
- i)** Uma foto 3x4 recente.

Art. 4º - O candidato classificado no limite das vagas que não se apresentar para a matrícula no dia, horário e local acima mencionado perderá o direito à vaga e serão chamados candidatos remanescentes, de acordo com as vagas existentes.

Art. 5º - A convocação de candidato remanescente será feita por meio de edital no site <http://www.unioeste.br/residencias> no dia **24 de fevereiro de 2016.**

Art. 6º - Caso o candidato convocado como remanescente não se apresente, será dado como **DESISTENTE**, sendo, então, chamados outros candidatos remanescentes e, assim, sucessivamente, até preencher as vagas ofertadas.

Art. 7º - A matrícula dos candidatos convocados em segunda chamada será realizada no dia **26 de fevereiro de 2016.**

Art. 8º - Na hipótese de restarem vagas a Coordenação do **Programa** fará novas convocações, observada a ordem de classificação, via telefone, para preenchimento

dessas vagas.

Art. 9º - O candidato convocado para ocupar a vaga nas condições do **Art. 8º** terá o prazo improrrogável de 48 (quarenta e oito) horas, contados de sua convocação via telefone, para efetuar a sua matrícula.

Art. 10 - O candidato matriculado no **Programa** deve apresentar diploma ou certificado de conclusão do curso e inscrição no CRF-PR – Conselho Regional de Farmácia do Estado do Paraná, no prazo máximo de trinta (30) dias após o início das atividades e após esse prazo, o candidato será desligado do **Programa**.

Art. 11 - Os residentes R1 e R2, durante o desenvolvimento do curso, não poderão ter vínculo empregatício e deverão cumprir o Programa de Residência em regime de tempo integral e dedicação exclusiva, com carga horária de 60 (sessenta) horas semanais, de acordo com a legislação vigente, assinando um Termo de Compromisso no dia da matrícula.

Art. 12 - A duração prevista para a realização do Programa de Residência será de 24 meses, sendo o início desta turma previsto para o dia 01 de março de 2016.

Art. 13 - Os residentes matriculados deverão se apresentar no Hospital Universitário do Oeste do Paraná, na sala 308 da Unidade de Ensino (CEAPAC), às 8h do dia 01 de março de 2016. Os residentes que não se apresentarem nesta data para início das atividades serão considerados desistentes.

Publique-se e cumpra-se.

Cascavel, 19 de fevereiro de 2016.

LUCIANE DE FÁTIMA CALDEIRA

Coordenadora da Residência Multiprofissional e Profissional da Saúde – COREMU

LIGIANE DE LOURDES DA SILVA

Coordenador da Residência Farmacêutica Especialidade Farmácia Hospitalar

PAULINO YASSUDA FILHO

Coordenador da Residência Farmacêutica Especialidade Análises Clínicas

ANEXO I
FORMULÁRIO DE INSCRIÇÃO

1. Identificação

Nome Completo: _____

Data de Nascimento: _____

Sexo: () M () F Estado civil: _____

Nacionalidade: _____ RG: _____

CPF: _____ Título: _____ Zona: _____ Seção: _____

Nome do Pai: _____

Nome da Mãe: _____

2. Endereço para correspondência:

Rua/Nº: _____

Bairro: _____ Cidade: _____

Estado: _____ CEP: _____

Telefone: _____ Celular: _____

E-mail: _____

3. Conselho Regional de Farmácia:

Inscrição: _____ Estado: _____

4. Outras Informações:

Instituição de origem: _____

Início do Curso: _____ Término do Curso: _____

5. Assinatura do candidato: _____

Data: _____

ANEXO II

TERMO DE COMPROMISSO DO FARMACÊUTICO RESIDENTE

Declaro estar plenamente de acordo com as seguintes condições, para realização do Curso de Residência em Análises Clínicas e Curso de Residência em Farmácia Hospitalar da Universidade Estadual do Oeste do Paraná.

1. Duração do Curso: 2 anos em regime de dedicação exclusiva.
2. Início do Curso: 01/03/2016.
Previsão de Término do Curso: Mínimo de 2 anos, contemplando 5760 horas.
3. Carga horária semanal: 60 (sessenta) horas semanais, distribuídas entre atividades teóricas, teórico-práticas e práticas de treinamento em serviço, incluindo plantões diurnos e noturnos, inclusive nos finais de semana e feriados, quando necessário. Com dedicação exclusiva ao Programa de Residência não podendo desenvolver outras atividades profissionais no período de realização da mesma (Lei 11.129/2005 – Art. 13, §2º).
4. Não desenvolver qualquer atividade dentro da Universidade que gere algum tipo de receita remunerativa ou cobrança de honorários a pacientes.
6. Realizar estágio fora do Hospital Universitário, à título de complementação do curso de residência, sem prévia autorização expressa da coordenação da mesma.
7. O presente termo não cria e não envolve nenhuma espécie de relação de emprego entre as partes.
8. No caso de desligamento do curso, preencher um termo de DESISTENCIA com justificativa do afastamento.
9. Comprometer-se sob a pena das legislações vigentes do Programa apresentar os documentos comprobatórios dos requisitos exigidos para a vaga do Programa inscrito, no ato da convocação da matrícula, conforme previsto no Edital.
10. Declaro reconhecer e aceitar que os casos omissos serão resolvidos pelo Colegiado da Residência e demais instâncias competentes.

Cascavel, ____, _____ de 2016.

Nome Completo: _____

Assinatura: _____

Residência Farmacêutica em: _____