

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

**EDITAL Nº 030/2016- COREMU**

**CONVOCAÇÃO DE CANDIDATOS PARA A  
MATRÍCULA EM SEGUNDA CHAMADA 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, **em segunda chamada**, 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**

<b>Nº de inscrição</b>	<b>Nome do (a) candidato (a)</b>	<b>Classificação</b>
188	Thiago Luiz Fucuta de Moraes	6º

**Farmácia Hospitalar**

<b>Nº de inscrição</b>	<b>Nome do (a) candidato (a)</b>	<b>Classificação</b>
108	Carine Fieira	5º

**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 **26 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** - 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. 6º** - Na hipótese de restarem vagas a Coordenação do **Programa** fará novas convocações, observada a ordem de classificação, via telefone, para preenchimento dessas vagas.

**Art. 7º** - 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. 9º** - 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. 10** - 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. 11** - 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. 12** - 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, 24 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: \_\_\_\_\_