

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO ACRE**

**PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO**

**CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE E DO DESPORTO**

**PROGRAMA DE RESIDÊNCIA EM ENFERMAGEM OBSTÉTRICA**

**EDITAL PROPEG Nº 18/2020: ANEXO I**

**REQUERIMENTO DE MATRÍCULA**

**I- Identificação:**

**Nome do(a) candidato(a)**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Naturalidade: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Sexo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cor \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Tipo sanguíneo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Identidade n°: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Órgão Expedidor: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ PIS/PASEP \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Banco \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Agência \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Conta corrente \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Telefone celular:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Endereço Residencial: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_

CEP: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cidade:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Estado:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Vem requerer matrícula no Programa de Residência em Enfermagem Obstétrica – Turma 2021. Para tanto, anexa a documentação solicitada:

**( )** Cópia autenticada do diploma de graduação em Enfermagem, registrado pelo MEC;

**( )** Cópia de CPF e RG;

**( )** Cópia do Registro no Conselho Regional de Enfermagem/COREN ou cópia do protocolo de solicitação de registro profissional emitida pelo Conselho Regional de Enfermagem/COREN;

**( )** Cópia do título de eleitor e comprovante de participação no último processo eleitoral ou declaração original de quitação com as obrigações eleitorais emitida pela Justiça Eleitoral;

**( )** Cópia do Comprovante de quitação de serviço militar (para candidatos do sexo masculino);

**( )** Cópia do comprovante de residência;

**( )** Cópia do PIS/PASEP (quem possuir);

**( )** Declaração do candidato que não possui vínculo empregatício (ANEXO II);

**( )** Termo de Compromisso (ANEXO III);

**( )** Cópia de dados bancários (extrato ou cartão do banco onde constam: Banco, Agência e Conta corrente) para recebimento da bolsa de estudos.

Estando ciente das normas deste Programa, assina o presente requerimento.

Rio Branco/AC, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 2021.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura do(a) Residente



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO ACRE**

**PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO**

**CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE E DO DESPORTO**

**PROGRAMA DE RESIDÊNCIA EM ENFERMAGEM OBSTÉTRICA**

**EDITAL PROPEG Nº 18/2020: ANEXO II**

**DECLARAÇÃO DE QUE NÃO POSSUI VÍNCULO EMPREGATÍCIO**

Eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, CPF \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, declaro para os devidos fins, de acordo com o que rege as normas do Programa de Residência em Enfermagem Obstétrica, que não possuo vínculo empregatício, estando, portanto, liberado(a) em tempo integral para as atividades que o curso requer, e portanto liberado para receber a bolsa mensal do MEC, como único vínculo de fonte pagadora.

Declaro que as informações contidas neste documento são verdadeiras e que o compromisso firmado neste documento será cumprido.

Rio Branco/AC, \_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 2021.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura do(a) Residente



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO ACRE**

**PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO**

**CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE E DO DESPORTO**

**PROGRAMA DE RESIDÊNCIA EM ENFERMAGEM OBSTÉTRICA**

**EDITAL PROPEG Nº 18/2020: ANEXO III**

**TERMO DE COMPROMISSO**

Eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, tendo conhecimento que o Programa de Residência em Enfermagem Obstétrica da Universidade Federal do Acre, exige dedicação exclusiva e o cumprimento de 60 (sessenta) horas semanais, comprometo-me em me dedicar, em tempo integral, ao Programa.

Declaro que o compromisso firmado neste documento será cumprido.

Rio Branco/AC, \_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 2021.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura do(a) Residente



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO ACRE**

**PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO**

**CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE E DO DESPORTO**

**PROGRAMA DE RESIDÊNCIA EM ENFERMAGEM OBSTÉTRICA**

**EDITAL PROPEG Nº 18/2020: ANEXO IV**

**PLANILHA DE AVALIAÇÃO DA ENTREVISTA E ARGUIÇÃO ORAL**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Critérios** | **Pontuação Máxima**  | **Pontuação Alcançada**  |
| Capacidade de argumentação em relação aos conteúdos programáticos.  | 3 |  |
| Motivação quanto aos interesses pelo Programa de Residência.  | 2 |  |
| Expectativas profissionais em reação à formação em enfermagem obstétrica. | 2 |  |
| Capacidade de argumentação e experiência prática em relação à área de concentração. | 2 |  |
| Apresentação e postura profissional.  | 1 |  |
| **Total** | **10** |  |



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO ACRE**

**PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO**

**CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE E DO DESPORTO**

**PROGRAMA DE RESIDÊNCIA EM ENFERMAGEM OBSTÉTRICA**

**EDITAL PROPEG Nº 18/2020: ANEXO V**

**PLANILHA DE AVALIAÇÃO DO CURRÍCULO LATTES**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ITEM** | **PONTUAÇÃO** | **QUANTIDADE MÁXIMA** | **PONTUAÇÃO MÁXIMA** | **PONTUAÇÃO CANDIDATO** |
| **1** | **Formação acadêmica/Titulação** |  |
|  | Graduação | 10 | 2 | **20** |  |
|  | Especialização | 15 | 3 | **45** |  |
|  | Mestrado | 20 | 1 | **20** |  |
|  | Doutorado | 25 | 1 | **25** |  |
| **2** | **Formação complementar (mínimo 20 horas)** |  |
|  | Curso de extensão Universitária ou atualização (como aluno) | 10 | 05 | **50** |  |
|  | Curso de extensão Universitária ou atualização (graduado) | 10 | 05 | **50** |  |
| **3** | **Atuação profissional em Enfermagem** |  |
|  | Na área (cada ano) | 50 | 05 | **250** |  |
|  | Na tutoria/preceptoria de estágio supervisionado | 20 | 02 | **40** |  |
| **4** | **Produção bibliográfica** |  |
|  | Artigos completos publicados em periódicos indexados | 20 | 02 | **40** |  |
|  | Capítulos de livros publicados | 20 | 03 | **60** |  |
|  | Resumos publicados em anais de congressos | 20 | 03 | **60** |  |
|  | Apresentações de Trabalho em eventos (como aluno) | 20 | 03 | **60** |  |
|  | Apresentações de Trabalho em eventos (graduado) | 20 | 03 | **60** |  |
| **5** | **Participação em Pesquisa** |  |
|  | Colaborador (como aluno) | 10 | 02 | **20** |  |
|  | Colaborador (graduado) | 20 | 02 | **40** |  |
|  | Coordenador (graduado) | 20 | 02 | **40** |  |
|  | Aluno PIBIC | 20 | 02 | **40** |  |
|  | Aluno PIVIC | 20 | 01 | **20** |  |
| **6** | **Participação em Projeto de Extensão Universitária** |  |
|  | Como bolsista | 10 | 02 | **20** |  |
|  | Como voluntário | 20 | 02 | **40** |  |
| **7** | **Participação em Monitoria** |  |  |  |  |
|  | Como bolsista | 10 | 02 | **20** |  |
|  | Como voluntário | 10 | 02 | **20** |  |
| **TOTAL** | **1000** |  |
| **No final dividir a Pontuação Máxima do candidato por 100 = nota da Análise do Currículo Lattes – ACL**  |