



**EDITAL PARA PROCESSO SELETIVO DE
MÉDICO(A) ESTÁGIÁRIO(A) EM CLÍNICA MÉDICA
SOCIEDADE BRASILEIRA DE CLÍNICA MÉDICA – SBCM**

O Serviço de Clínica Médica do **Hospital das Clínicas Samuel Libânio** torna público, conforme dispõe a legislação vigente, que estarão abertas as inscrições para seleção dos candidatos ao preenchimento de vagas de **Estágio de Clínica Médica**, credenciado pela Sociedade Brasileira de Clínica Médica - SBCM.

1. INFORMAÇÕES GERAIS

1.1 Serão oferecidas 5 (cinco) vagas de estágio para Médico(a) Estagiário(a) em Clínica Médica, com duração de 2 (dois) anos, reconhecido pela Sociedade Brasileira de Clínica Médica-SBCM.

1.2 Informações e inscrições: Secretaria de Residência Médica – COREME, do Hospital das Clínicas Samuel Libânio, com endereço na Rua Comendador José Garcia, 777, Centro, Pouso Alegre – MG
Telefone: (35) 3429 – 3334 - Contato: Samilla
E-mail: residenciamedica@hcsl.edu.br

1.3 Horário de atendimento: de segunda a sexta-feira, das 8h às 11h30min e das 13h30min às 17h.

2. INSCRIÇÕES

2.1 As inscrições terão início em 1º de fevereiro de 2017 e se encerrarão em 15 de fevereiro de 2017, às 17h (Ficha de Inscrição - Anexo 1).

2.2 O Currículo deverá ser entregue na Secretaria de Residência Médica – COREME, com a Ficha de Inscrição preenchida e assinada.

2.3 A taxa de inscrição será no valor de **R\$ 50,00 (cinquenta reais)**.

3. PROCESSO SELETIVO

3.1 As provas serão realizadas no dia 21 de fevereiro de 2017 (terça-feira) às 07:30 horas na sala 98, do Hospital das Clínicas Samuel Libânio.

3.2 Os candidatos serão avaliados por prova e avaliação curricular.



3.3 O resultado será divulgado no dia 21 de fevereiro de 2017.

3.4. Início do Estágio em 1º de março de 2017.

Pouso Alegre, 16 de dezembro de 2016.

Dr. Jorge Luiz de Carvalho Mello
Supervisor do Programa de Estágio



ANEXO I

FICHA DE INSCRIÇÃO

PROCESSO SELETIVO PARA MÉDICO(A) ESTAGIÁRIO(A) EM CLÍNICA MÉDICA

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CLÍNICA MÉDICA – SBCM

Dados Pessoais

Candidato (a): _____

Nacionalidade: _____ Estado Civil: _____

Data de nascimento: ___/___/___ Sexo: () Masculino () Feminino

RG: _____ Órgão Expedidor: _____ CPF: _____

Filiação:

Endereço: _____

Município: _____ CEP: _____

Telefones para contato: () _____ / () _____

Endereço Eletrônico:

Assinatura do (a) Candidato (a): _____

.....

PROTOCOLO DE COMPROVAÇÃO DE INSCRIÇÃO

Por este instrumento, declaro que o (a) candidato(a) de nome _____ procedeu à inscrição de participação no Processo Seletivo de Médico(a) Estagiário(a) em Clínica Médica, credenciado pela Sociedade Brasileira de Clínica Médica – SBCM, no dia _____ de _____ de 2017.