



Faculdade de Ciências Médicas
Comissão de Residência Médica

RESIDÊNCIA MÉDICA 2026 – EDITAL ESPECIALIDADES CIRÚRGICAS
FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO DO CURRÍCULO

Prezado Candidato,

O presente formulário deverá ser devidamente preenchido e anexado juntamente com seu currículo na 2^a fase do processo de seleção, sendo OBRIGATÓRIA A ANEXAÇÃO DOS RESPECTIVOS DOCUMENTOS COMPROBATÓRIOS.

Nome:	Nº Inscrição
Especialidade:	
Faculdade onde cursou a graduação em medicina:	Ano de Formação
Instituição onde cumpriu o pré-requisito:	Período

Item	Temas a serem avaliados	Pontuação máxima
1. Preencha Com “SIM ou NÃO” no Campo abaixo	Faculdade onde cursou a GRADUAÇÃO possuir um ou mais programas de pós-graduação em Medicina aceito pela CAPES	Máximo=10 pontos
	a. Doutorado <i>strictu senso</i> .	10
	b. Mestrado <i>strictu senso</i> .	5
<i>Anexar documento comprovante discriminando nome, endereço e telefone dos locais onde as atividades foram desenvolvidas, assinado pelo diretor da faculdade, comissão de ensino de graduação ou comissão de pós-graduação.</i>		
2. Preencha Com “SIM ou NÃO” no Campo abaixo	Hospital de ensino próprio e/ou conveniado com a instituição de ensino, durante a GRADUAÇÃO .	Máximo=10 pontos
	a. Possuir hospital de ensino próprio	10
	b. Possuir hospital de ensino formalmente conveniado com governo federal, estadual, municipal ou hospitais privados	5
<i>Anexar item comprobatório validado pelas partes envolvidas.</i>		



Faculdade de Ciências Médicas
Comissão de Residência Médica

RESIDÊNCIA MÉDICA 2026 – EDITAL ESPECIALIDADES CIRÚRGICAS
FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO DO CURRÍCULO

3. Preencha Com “SIM ou NÃO” no Campo abaixo		
	Instituição da formação do PRÉ-REQUISITO exigido pela especialidade pretendida- ter hospital de ensino próprio ou conveniado com a instituição de ensino.	Máximo=10 pontos
	a. Possuir hospital de ensino próprio	10
	b. Possuir hospital de ensino formalmente conveniado com governo federal, estadual, municipal ou hospitais privados	5
Anexar item comprobatório emitido pelas partes envolvidas		
4. Preencha Com “SIM ou NÃO” no Campo abaixo	Instituição da formação do PRÉ-REQUISITO exigido pela especialidade pretendida possuir um ou mais programas de pós-graduação em Medicina aceito pela CAPES	Máximo=10 pontos
	a. Doutorado <i>strictu senso</i> .	10
	b. Mestrado <i>strictu senso</i> .	5
Anexar documento comprovante discriminando nome, endereço e telefone dos locais onde as atividades foram desenvolvidas, assinado pelo diretor da faculdade, ou comissão de pós-graduação.		
5. Preencha Com “SIM ou NÃO” no Campo abaixo	Iniciação científica, durante a graduação, com ou sem bolsa	Máximo=10 pontos
	a. Participação com bolsa documentada pelo órgão emissor	10
	b. Participação sem bolsa , documentada pela instituição	5
<i>a. Item comprovado pela instituição, com comprovante de agência de fomento e/ou instituição promotora da bolsa, com duração- início/final, projeto e identificação do orientador.</i> <i>b. Item certificado pela instituição, com tempo de duração (início-final), carga horária e projeto com assinatura do orientador.</i>		
6. Preencha Com “SIM ou NÃO” no Campo abaixo	Publicação de artigo científico completo durante graduação ou programa de pré-requisito	Máximo=10 pontos



Faculdade de Ciências Médicas
Comissão de Residência Médica

RESIDÊNCIA MÉDICA 2026 – EDITAL ESPECIALIDADES CIRÚRGICAS
FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO DO CURRÍCULO

	a. Artigo completo publicado ou aceito para publicação em periódico indexado Pubmed.	10
	b. Artigo completo publicado ou aceito para publicação em periódico indexado Scielo.	5

Item comprovado por registro de aceite ou publicação do artigo científico, sendo possível identificar, no documento enviado, o candidato entre os autores. Anexar o doi.org do artigo.

A inserção de publicações será aceita até atingir a pontuação máxima.

7. Preencha Com “SIM ou NÃO” no Campo abaixo	Trabalho apresentado em congresso durante graduação ou programa de pré-requisito	Máximo=10 pontos
	a. Congresso internacional relacionado à especialidade pretendida	10
	b. Congresso nacional relacionado à especialidade pretendida	8
	c. Jornadas científicas e simpósios relacionados à especialidade pretendida	6
	d. Congressos ou simpósios não relacionados à especialidade pretendida	4

Item comprovado com certificado que deve indicar a participação do candidato entre os autores e co-autores, constando a forma de apresentação e identificação clara do evento.

A inserção dos trabalhos será aceita até atingir a pontuação máxima.

8. Preencha Com “SIM ou NÃO” no Campo abaixo	Atividades de aprimoramento profissional	Máximo=5 pontos
	a. Pós-graduação strictu senso concluída	5
	b. Mestrado profissional concluído	3
	c. Proficiência em língua estrangeira	2

Item comprovado pela apresentação do certificado relacionado a atividade.



**Faculdade de Ciências Médicas
Comissão de Residência Médica**

**RESIDÊNCIA MÉDICA 2026 – EDITAL ESPECIALIDADES CIRÚRGICAS
FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO DO CURRÍCULO**

9. Preencha Com “SIM ou NÃO” no Campo abaixo	Atividades de aprimoramento profissional	Máximo=5 pontos
	a. Cursos concluídos de eletrocardiograma, ventilação mecânica, ultrassonografia beira-leito ou similares, em área de saúde, com duração superior a 12 horas.	1
	b. Cursos de suporte de vida atualizados (ACLS, ATLS, PALS, Reanimação neonatal, BLS, SAVIC PHTLS ou similares) atual	4
<i>Item pontuado mediante certificado contendo duração, entidade organizadora e carga horária.</i>		
<i>Não serão válidos cursos preparatórios para prova de residência.</i>		
<i>A inserção dos cursos será permitida até atingir a pontuação máxima.</i>		
10. Preencha Com “SIM ou NÃO” no Campo abaixo	Atividades relacionadas à especialidade pretendida	Máximo= 10 pontos
	a. Estágio eletivo (opcional) na área pretendida, ≥ 30 dias durante o programa de pré-requisito	8
	b. Atividade de preceptoria de graduação ou residência médica de do programa de pré-requisito, por período mínimo de seis meses	10
	c. Listagem nominal das cirurgias realizadas no programa de pré-requisito.	8
<i>Item pontuado mediante certificado contendo duração, carga horária e tipo de atividade exercida, com assinatura da instituição onde a atividade foi realizada.</i>		
<i>Estágios na área pretendida, realizados como parte do programa de pré-requisito (obrigatórios), mesmo que em instituições conveniadas, não será pontuado.</i>		
11. Preencha Com “SIM ou NÃO” no Campo abaixo	Realização de trabalho voluntário social, com comprovação do órgão expedido, contendo o tempo e a duração	Máximo= 5 pontos
	a. Tempo total de atividades > 96 horas	5



**Faculdade de Ciências Médicas
Comissão de Residência Médica**

**RESIDÊNCIA MÉDICA 2026 – EDITAL ESPECIALIDADES CIRÚRGICAS
FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO DO CURRÍCULO**

	b. Tempo total de atividades entre 48 e 96 horas	2
<i>Item pontuado mediante certificado contendo duração, ofertante e tipo de atividade exercida. Não serão pontuados estágios assistenciais diretamente relacionados com as atividades regulares do curso de graduação ou pré-requisito.</i>		
12. Preencha Com “SIM ou NÃO” no Campo abaixo	Participação em evento médico	Máximo = 5 pontos
	a. Congresso internacional relacionado à especialidade pretendida	5
	b. Congresso nacional relacionado à especialidade pretendida	3
	c. Jornada ou simpósio relacionado à especialidade pretendida	2

Data: ____ / ____ / ____ Assinatura: _____