



## Faculdade de Ciências Médicas Comissão de Residência Médica

### **RESIDÊNCIA MÉDICA 2026 – EDITAL ESPECIALIDADES CLÍNICAS E ANO ADICIONAL FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO DO CURRÍCULO**

Prezado Candidato,

O presente formulário deverá ser devidamente preenchido e anexado juntamente com seu currículo na 2<sup>a</sup> 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
<b>1 - Preencha Com “SIM ou NÃO” no Campo abaixo</b>	Faculdade onde cursou a <b>GRADUAÇÃO</b> 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>		
<b>2. Preencha Com “SIM ou NÃO” no Campo abaixo</b>	Hospital de ensino próprio e/ou conveniado com a instituição de ensino, durante a <b>GRADUAÇÃO</b> .	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>		
<b>3. Preencha Com “SIM ou NÃO” no Campo abaixo</b>	Instituição da formação do <b>PRÉ-REQUISITO</b> 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



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

**RESIDÊNCIA MÉDICA 2026 – EDITAL ESPECIALIDADES CLÍNICAS E ANO ADICIONAL  
FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO DO CURRÍCULO**

	b. Possuir hospital de ensino formalmente conveniado com governo federal, estadual, municipal ou hospitais privados	5
<i>Anexar item comprobatório emitido pelas partes envolvidas</i>		
<b>4. Preencha Com “SIM ou NÃO” no Campo abaixo</b>	Instituição da formação do <b>PRÉ-REQUISITO</b> 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
<i>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.</i>		
<b>5. Preencha Com “SIM ou NÃO” no Campo abaixo</b>	Iniciação científica, durante a graduação, com ou sem bolsa	Máximo=10 pontos
	a. Participação <b>com bolsa</b> documentada pelo órgão emissor	10
	b. Participação <b>sem bolsa</b> , 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. b. Item certificado pela instituição, com tempo de duração (início-final), carga horária e projeto com assinatura do orientador.</i>		
<b>6. Preencha Com “SIM ou NÃO” no Campo abaixo</b>	Publicação de artigo científico completo durante graduação ou programa de pré-requisito	Máximo=10 pontos
	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
<i>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.</i>		
<b>7. Preencha Com “SIM ou NÃO” no Campo abaixo</b>	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



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

**RESIDÊNCIA MÉDICA 2026 – EDITAL ESPECIALIDADES CLÍNICAS E ANO ADICIONAL**  
**FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO DO CURRÍCULO**

*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.*

<b>8. Preencha Com “SIM ou NÃO” no Campo abaixo</b>	Atividades de aprimoramento profissional	Máximo=5 pontos
	a. Pós-graduação <i>strictu senso</i> concluída	5
	b. Doutorado/mestrado profissional concluído	3
	c. Outro curso universitário concluído	2

*Item comprovado pela apresentação do certificado relacionado a atividade.*

<b>9. Preencha Com “SIM ou NÃO” no Campo abaixo</b>	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

*Item pontuado mediante certificado contendo duração, entidade organizadora e carga horária.*

*Não serão válidos cursos preparatórios para prova de residência.*

*A inserção dos cursos será permitida até atingir a pontuação máxima.*

<b>10. Preencha Com “SIM ou NÃO” no Campo abaixo</b>	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

*Item pontuado mediante certificado contendo duração, carga horária e tipo de atividade exercida, com assinatura da instituição onde a atividade foi realizada.*

*Estágios na área pretendida, realizados como parte do programa de pré-requisito (obrigatórios), mesmo que em instituições conveniadas, não será pontuado.*

<b>11. Preencha Com “SIM ou NÃO” no Campo abaixo</b>	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
	b. Tempo total de atividades entre 48 e 96 horas	2



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

**RESIDÊNCIA MÉDICA 2026 – EDITAL ESPECIALIDADES CLÍNICAS E ANO ADICIONAL  
FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO DO CURRÍCULO**

*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.*

<b>12. Preencha Com “SIM ou NÃO” no Campo abaixo</b>	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: \_\_\_\_\_