



INSTITUTO DE CIRURGIA PLÁSTICA CRANIOFACIAL

SOBRAPAR

Sociedade Brasileira de Pesquisa e Assistência para a Reabilitação Craniofacial

Serviço de Cirurgia Plástica

“Prof. Dr. Cassio M. Raposo do Amaral”

(Credenciado pela Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica e pelo MEC)

Instituto de Cirurgia Plástica Craniofacial

SOBRAPAR

Sociedade Brasileira de Pesquisa e Assistência para Reabilitação Craniofacial

Av. Adolpho Lutz, 100 - Cid. Univ. “Zeferino Vaz” - Barão Geraldo - Campinas - SP
Caixa Postal 6028 - CEP 13.083-880 - Fone: (019) 3749-9700 - Fax: (019) 3289-5380
From Abroad + 55 (19) 3749-9700 (phone) + 55 (19) 3289 5380 (fax)
sobrapar@sobrapar.org.br



INSTITUTO DE CIRURGIA PLÁSTICA CRANIOFACIAL

SOBRAPAR

Sociedade Brasileira de Pesquisa e Assistência para a Reabilitação Craniofacial

RESIDENCIA EM CIRURGIA PLÁSTICA

(Reconhecida pela Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica e pelo MEC).

Coordenador: Dr. Celso Luiz Buzzo

Pré-Requisitos: 2 anos em Cirurgia Geral em serviço credenciado pelo MEC

Vagas: 02 (duas) Credenciamento Provisório pelo CNRM no. 178/04

Duração: 3 anos

Critérios de Seleção: Provas Escrita em Cirurgia Geral (múltipla escolha total de 50 questões) e 1 questão dissertativa, Análise de Currículo e Entrevista com 3 entrevistadores.

Inscrições: 17/10/2009 a 07/12/2009

Endereço: Av. Adolpho Lutz, 100 - Cidade Universitária
Distrito de Barão Geraldo - Caixa Postal 6028
CEP 13.083-880 Campinas - SP

Fone: (019) 3749-9700 (com Mariane ou Jacqueline) das 14:00 - 16:00 hs

Fax: (019) 3289-5380

E-mail: sobrapar@sobrapar.org.br

Av. Adolpho Lutz, 100 - Cid. Univ. "Zeferino Vaz" - Barão Geraldo - Campinas - SP
Caixa Postal 6028 - CEP 13.083-880 - Fone: (019) 3749-9700 - Fax: (019) 3289-5380
From Abroad + 55 (19) 3749-9700 (phone) + 55 (19) 3289 5380 (fax)
sobrapar@sobrapar.org.br



INSTITUTO DE CIRURGIA PLÁSTICA CRANIOFACIAL

SOBRAPAR

Sociedade Brasileira de Pesquisa e Assistência para a Reabilitação Craniofacial

I - Sede Administrativa

Instituto de Cirurgia Plástica Craniofacial - SOBRAPAR
Av. Adolpho Lutz, 100
Cidade Universitária - Distrito de Barão Geraldo
CEP 13083-880 Campinas - SP
Caixa Postal 6028
Fone: (019) 3749-9700
Fax: (019) 3289-5380

II - Calendário

17 /10/2009 a 07/12/2009 – Inscrições

16/12/2009 - Processo Seletivo

23/12/2009 - Resultado do Processo Seletivo

19/01/2010 - Matrícula

01/02/2010 - Início do Curso

III - Normas do Concurso de Admissão para a Residência em Cirurgia Plástica / 2009

Capítulo I - Das Inscrições

Artigo 1º

Serão aceitas inscrições para o Concurso de Admissão para a Residência em Cirurgia Plástica do Serviço de Cirurgia Plástica “Prof. Dr. Cassio M. Raposo do Amaral”, na SOBRAPAR - Sociedade Brasileira de Pesquisa e Assistência para Reabilitação Craniofacial, de médicos com registro no CRM e comprovante de conclusão de Programa de Residência Médica em Cirurgia Geral credenciado pela CNRM

Artigo 2º

O Concurso de Admissão ao 1º ano do Curso estará aberto para preencher 02 vagas.

Artigo 3º

No ato da inscrição os candidatos deverão apresentar:

- * Ficha de Inscrição devidamente preenchida, datada e assinada, sem rasuras com nome completo e filiação.
- * Duas fotos 3 x 4 recentes e iguais;
- * Comprovante de recolhimento de Taxa de Inscrição no valor correspondente a R\$ 300,00

Av. Adolpho Lutz, 100 - Cid. Univ. “Zeferino Vaz” - Barão Geraldo - Campinas - SP
Caixa Postal 6028 - CEP 13.083-880 - Fone: (019) 3749-9700 - Fax: (019) 3289-5380
From Abroad + 55 (19) 3749-9700 (phone) + 55 (19) 3289 5380 (fax)
sobrapar@sobrapar.org.br



INSTITUTO DE CIRURGIA PLÁSTICA CRANIOFACIAL

SOBRAPAR

Sociedade Brasileira de Pesquisa e Assistência para a Reabilitação Craniofacial

BANESPA - Agência 0207

Conta 13.010002-0

em favor da SOBRAPAR (Concurso Cirurgia Plástica)

* Currículo Vitae devidamente documentado com fotocópias autenticadas dos seguintes documentos:

- Certidão de nascimento ou casamento
- Cédula de Identidade - CPF - Título de Eleitor - Histórico Escolar
- Atestado de Saúde
- Diploma Médico registrado no MEC
- Carteira do CRM
- Comprovante de conclusão de Programa de Residência Médica em Cirurgia Geral credenciado pela CNRM;
 - Carta de Apresentação do Chefe do Serviço de Residência em Cirurgia Geral;

Candidatos Estrangeiros:

O candidato, com curso no exterior deverá apresentar o diploma revalidado por Universidade Pública, na forma da lei e se estrangeiro, também deverá apresentar visto permanente e proficiência da língua portuguesa comprovada por instituição oficial (CELPE-BRAS), registro no CRM de acordo com a Resolução No. 1831 e 1832/2008 do CFM e alterações posteriores.

Artigo 4º

As inscrições poderão ser feitas pessoalmente na secretaria do Instituto SOBRAPAR, por procuração ou pelo correio. No caso de inscrição pelo correio, os candidatos deverão:

- 1- Fazer chegar à secretaria do Instituto de Cirurgia Plástica Craniofacial da SOBRAPAR, através de **remessa postal registrada**, com aviso de recebimento, todos os documentos mencionados no Artigo 3º deste Capítulo.
- 2 - Confirmar a inscrição por telefone até 07/12/2009.

Artigo 5º

Não serão aceitas as inscrições:

- 1 - Cujos formulários e/ou documentos estejam incompletos.
- 2 - Cujos carimbo do correio indique que a postagem ocorreu após 07/12/2009.

Artigo 6º

Serão devolvidos os documentos aos candidatos cujas inscrições não sejam aceitas ou que não tenham sido selecionados, quando retirados no prazo de 90 dias. Os candidatos perderão direito à devolução dos referidos documentos quando não retirados no prazo acima citado.

Av. Adolpho Lutz, 100 - Cid. Univ. "Zeferino Vaz" - Barão Geraldo - Campinas - SP
Caixa Postal 6028 - CEP 13.083-880 - Fone: (019) 3749-9700 - Fax: (019) 3289-5380
From Abroad + 55 (19) 3749-9700 (phone) + 55 (19) 3289 5380 (fax)
sobrapar@sobrapar.org.br



Capítulo II - Do processo seletivo

Artigo 1º

A seleção constará de 2 etapas. Início da seleção as 8:00 ao 12:00 e das 13:00 as 18:00 O processo seletivo ocorrerá no Anfiteatro da SOBRAPAR localizado á Av. Adolpho Lutz, 100 Cidade Universitária – Campinas/SP.

1- Prova escrita em Cirurgia Geral - Peso 5 e Prova dissertativa – Peso 4

Será feita uma prova com 50 questões tipo teste sendo que cada uma terá 5 alternativas. As questões abrangerão toda área de cirurgia geral, valendo 0,2 pontos cada.

O peso da prova escrita será de 5.

A Prova dissertativa constará de 1 questão referente apresentação de um caso e o candidato deverá levantar hipótese diagnóstica e descrever o procedimento cirúrgico.

O peso da prova dissertativa será de 4.

A Prova escrita terá a duração de 4 horas, tendo início as 8:00 e término as 12:00.

2- Análise de Currículo com Peso 0,5 e Entrevista com peso 0,5

O currículo será pontuado de acordo com uma pontuação de 0 a 10 sendo :

3 para curso médico

2 para residência em cirurgia geral

0,5 para especialização na área

0,5 para qualquer título acadêmico na área

0,5 para publicação internacional indexada com peer review em um total de até 1 ponto

0,1 para publicação nacional artigo completo em revistas indexadas com peer review em um total de até 1 ponto

0,1 para capítulo de livro em um total de até 1 ponto

0,1 para demais atividades científicas como publicação em anais, participação em congressos e demais cursos de extensão em um total de até 1 ponto.

O peso do Currículo será de 0,5.

Entrevista será feita por 3 entrevistadores. O Diretor Clínico do Hospital, o Chefe do Serviço de Residência e o Presidente do Hospital.

Serão avaliadas as características pessoais do candidato, interesses específicos, motivação para o trabalho, liderança, ética, envolvimento com paciente, objetivos de carreira, motivação para a escolha da área e atuação e projeto de carreira.

O peso da entrevista será de 0,5.

Totalizando a Entrevista e Análise de currículo peso 1



INSTITUTO DE CIRURGIA PLÁSTICA CRANIOFACIAL

SOBRAPAR

Sociedade Brasileira de Pesquisa e Assistência para a Reabilitação Craniofacial

Artigo 2º

A análise de currículo terá por objetivo verificar a história acadêmica, científica e profissional do candidato e será feita pela Comissão Científica da SOBRAPAR.

Artigo 3º

Serão realizadas 3 entrevistas:

- Com a Direção do Hospital
- Com o Chefe do Serviço
- Com o Presidente do Hospital

Artigo 4º

As entrevistas e a prova serão realizadas no dia 16/12/2009 das 08:00 às 18:00 horas.

Caso o número de inscritos seja acima de 50 candidatos, a prova escrita será realizada no mesmo dia, e entrevista assim como análise do currículo no dia imediatamente subsequente. Os inscritos serão comunicados através do envio de e-mail no dia subsequente ao encerramento das inscrições.

Artigo 5º

O resultado do processo seletivo será divulgado no dia 23/12/2009, devendo ser afixado em quadro de aviso do próprio Instituto e vinculado em nossa página na Internet (www.sobrapar.org.br) sendo que a classificação será divulgada seguindo o número de inscrição do candidato. Não haverá divulgação do gabarito da prova escrita antes da prova prática e todos os candidatos que prestarem a prova escrita deverão submeter-se a prova prática e entrevista.

Artigo 6º

Fica prevista a possibilidade de nenhum candidato ser selecionado para o preenchimento das 02 vagas. A nota de corte será 7,0. Neste caso serão abertas as inscrições novamente.

Artigo 7º

Os recursos sobre os resultados divulgados deverão ser encaminhados a COREME (local) e deverão protocolar no prazo certo e improrrogável de 2(dois) dias úteis a contar da publicação do edital, divulgação do Gabarito Oficial da Prova Objetiva de teste múltipla escolha e do Resultado Final, respectivamente, sendo que o referido prazo começa a fluir no 1º dia útil após a devida divulgação por número de inscrição (Resolução CNRM No. 12/04).

Os critérios de desempate serão:

- a) maior nota da prova teste
- b) nota da avaliação do Currículo
- c) nota da entrevista



INSTITUTO DE CIRURGIA PLÁSTICA CRANIOFACIAL

SOBRAPAR

Sociedade Brasileira de Pesquisa e Assistência para a Reabilitação Craniofacial

Capítulo III - Da Matrícula

Artigo 1º

A matrícula deverá ser efetivada no dia 19/01/2010, no período das 9:00 às 14:00 horas, pelos candidatos selecionados. Estes deverão comparecer pessoalmente na Secretaria da SOBRAPAR para preencher a ficha de matrícula e apresentando a seguinte documentação:

- RG
- CPF
- CRM
- NIT ou PIS
- COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA (ENDEREÇO)
- CURRICULUN VITAE

Parágrafo único: O não comparecimento na data estipulada após 48 horas implicará a desclassificação do candidato.

Artigo 2º

No momento da matrícula o candidato selecionado assinará um Termo de Compromisso com a instituição, pelo período de 3 anos, sem vínculo empregatício.

O pagamento da bolsa do Residente será feito através de depósito bancário em sua conta corrente todo dia 10 de cada mês.

O valor da bolsa será referente segunda a lei no. 11381/06.

Artigo 3º

O Programa do curso, com início em 01 de fevereiro de 2010, conforme resolução CNRM 03/2002, tem duração de 3 anos com dedicação exclusiva.

Artigo 4º

O candidato impossibilitado de cumprir o programa devido obrigações militares, deverá comparecer a Secretaria do Conselho de Residência Médica ou seu procurador poderá requerer trancamento por período de 1 ano para fins de participação do Serviço Militar conforme resolução do CNRM no. 01/2005.

Ficha de Inscrição Concurso de Admissão para a Residência em Cirurgia Plástica

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: _____

Data de Nascimento: _____

Naturalidade: _____

Nacionalidade: _____

Av. Adolpho Lutz, 100 - Cid. Univ. "Zeferino Vaz" - Barão Geraldo - Campinas - SP
Caixa Postal 6028 - CEP 13.083-880 - Fone: (019) 3749-9700 - Fax: (019) 3289-5380
From Abroad + 55 (19) 3749-9700 (phone) + 55 (19) 3289 5380 (fax)
sobrapar@sobrapar.org.br



INSTITUTO DE CIRURGIA PLÁSTICA CRANIOFACIAL

SOBRAPAR

Sociedade Brasileira de Pesquisa e Assistência para a Reabilitação Craniofacial

Filiação: _____

Pai: _____

Profissão: _____

Mãe: _____

Profissão: _____

Estado Civil: _____

Nome do Cônjuge: _____

2. DOCUMENTOS

RG: _____ Órgão Expedidor: _____ Data: _____

CPF: _____ / _____

CRM: _____ UF: _____

3. ENDEREÇOS

3.1 - RESIDENCIAL

Rua: _____ N° _____ Apto. _____

Bairro: _____

Cidade: _____

UF: _____ CEP: _____

País: _____

Telefone: (____) _____ Fax: (____) _____

Celular: (____) _____ e-mail: _____

3.2 - PROFISSIONAL

Instituição: _____

Rua: _____ N° _____ Apto. _____

Bairro: _____

Cidade: _____

UF: _____ CEP: _____

País: _____

Telefone: (____) _____ Fax: (____) _____

Campinas, _____ de _____ de 2009.

Assinatura