



EDITAL Nº 01/2017

SELEÇÃO PARA ALUNO BOLSISTA DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA

1-DAS INSCRIÇÕES

1.1- Poderá inscrever-se para o exame de seleção, o discente:

a) Estiver regularmente matriculado no curso de graduação em MEDICINA.

1.2- As inscrições serão realizadas conforme disposto a seguir:

Período: 24 a 27 de março de 2017

Local: secretaria da FAMMUC (com Wellington)

Horário: 8 às 12hs e 14 às 17hs

Documentação:

formulário de inscrição devidamente preenchido (ANEXO I)

histórico escolar (imprimir do SIGA), com os dados do candidato

curriculum lattes

2- DAS VAGAS

2.1- Será disponibilizada 1 vaga para aluno bolsista remunerado de iniciação científica (R\$400,00).

3- DAS PROVAS

O processo seletivo constará de 2 etapas:

3.1- primeira etapa:

será realizada uma avaliação de caráter eliminatório



Tema: fisiologia renal (Guyton, Fisiologia Médica)

Data: 28 de março de 2017

Local: a ser divulgado

Horário: 8hs

3.2- segunda etapa:

entrevista com o professor supervisor
análise de currículo e CRA

Data: 30 de março de 2017

Local: a ser divulgado

Horário: 16hs

4- DA SELEÇÃO

4.1- A seleção dos acadêmicos será realizada mediante avaliação da entrevista, curriculum lattes e CRA.

4.2- O preenchimento das vagas será pela ordem de classificação, sendo que a cada desistência será chamado o próximo candidato classificado.

4.3- Ocorrendo empate no resultado de seleção, serão observados para efeito de desempate, pela ordem, os seguintes critérios:

- I - Maior CRA.
- II - Candidato com maior idade.

5- DO RESULTADO

5.1- O resultado do processo seletivo será divulgado, no prazo máximo de 2 (dois) dias úteis após a sua realização.

6-DAS ATIVIDADES

6.1- As atividades do acadêmico constarão de atividades relacionadas ao projeto, conforme Plano de trabalho elaborado pelo Professor Supervisor.



6.2- O acadêmico deverá apresentar relatório das atividades realizadas periodicamente.

Teófilo Otoni, 24 de março de 2017

Assinatura do Chefe do Departamento / Unidade Acadêmica

ANEXO I – FORMULÁRIO DE INSCRIÇÃO

FORMULÁRIO DE INSCRIÇÃO			
NOME COMPLETO:			
Nº. MATRÍCULA:	CPF:	IDENTIDADE:	PERÍODO:
DATA DE NASCIMENTO:	NATURALIDADE:	GÊNERO: () Masculino () Feminino	
ENDEREÇO RESIDENCIAL (Rua/Av.):			
BAIRRO:	CEP:	CIDADE:	UF:
E-MAIL:			
TELEFONE RESIDENCIAL:		CELULAR:	
DECLARAÇÃO			
Declaro que este formulário de inscrição contém informações completas e exatas e que aceito o sistema e os critérios adotados no presente Edital.			
Teófilo Otoni, ____ de ____ de ____.			



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DOS VALES DO JEQUITINHONHA E MUCURI
FACULDADE DE MEDICINA DO MUCURI-FAMMUC



ASSINATURA DO CANDIDATO