



Centro Médico
Campinas

HOSPITAL CENTRO MÉDICO DE CAMPINAS

SERVIÇO DE CLÍNICA MÉDICA

**COORDENAÇÃO DO PROGRAMA DE ESPECIALIZAÇÃO EM CLÍNICA
MÉDICA**

Endereço: Rua Dr. Edilberto Luiz Pereira da Silva, 929 - Cidade Universitária, Campinas - SP, CEP: 13083-190 Telefone: (019) 3879-5300.

EDITAL Nº 01/2025

O presente Edital torna público o **PROCESSO SELETIVO** para o **PROGRAMA DE ESPECIALIZAÇÃO EM CLÍNICA MÉDICA** do Hospital Centro Médico de Campinas (HCMC), autorizado e credenciado como Centro Formador pela SBCM – Sociedade Brasileira Clínica Médica.

1. VAGAS

1.1 Serão oferecidas **CINCO (5) VAGAS COM ACESSO DIRETO** para o Programa de Especialização em Clínica Médica.

2. DISPOSIÇÕES PRELIMINARES

2.1 A seleção será regida por este Edital e executada pela Coordenação do Programa de Especialização em Clínica Médica;

2.2 A seleção será realizada através de **prova com 50 questões de múltipla escolha de Clínica Médica, entrevista e análise de *Curriculum Vitae***;



2.3 O PECM será desenvolvido em regime especial de treinamento em serviço de 60 (sessenta) horas semanais, primariamente no serviço de Clínica Médica HCMC, em outros serviços conveniados ou em serviços que se façam necessários para complementação da formação.

3. INSCRIÇÕES

3.1 Período e Horário de Inscrição: 13 de janeiro de 2025 a 28 de fevereiro de 2025.

3.2 Local de inscrição: as inscrições deverão ser realizadas pelo e-mail: cestudo@fcmc.com.br, para informações telefone:(19)3789-5393 e-mail. (anexo formulário)

3.3 Documentos necessários para inscrição: Cédula de Identidade ou que na forma da Lei valem como instrumento de identidade (Carteira de Trabalho e Previdência Social, Carteira Nacional de Habilitação com fotografia, Carteira expedida pelo CRM, Passaporte dentro do prazo de validade). Será exigida a apresentação do **ORIGINAL**, não sendo aceitas cópias, ainda que autenticadas. Os documentos deverão estar em perfeitas condições, de modo a permitir, com clareza, a identificação do candidato.

3.4 A taxa de inscrição será **R\$ 250,00 (duzentos e cinquenta reais)** mediante envio do comprovante de depósito ou pix realizado no **Banco Itaú agência: 1619 e c/c: 03737-5 CNPJ: 44.595.700/0001-41(pix)** e encaminhado ao e-mail: cestudo@fcmc.com.br.

3.5 O deferimento das inscrições será enviado ao e-mail fornecido pelo candidato até o dia 8 de março de 2025, devendo o candidato confirmar o recebimento do E-mail;

3.6 As informações declaradas no formulário de inscrição serão de inteira responsabilidade do candidato.

4. REALIZAÇÃO DA PROVA E ENTREVISTA

4.1 Dia e horário da Prova e entrevista: 06 de março de 2025 às 13h30, com duração de 150 minutos; os candidatos deverão estar munidos de **CÓPIA do *Curriculum vitae*** devidamente preenchido e legível e **CÓPIA do Diploma de Médico e simultânea apresentação do original ou cópia autenticada para conferência.**

4.2 Local da Prova: Centro de Estudos no 2º andar na Fundação Centro Médico de Campinas.

4.3 O candidato deverá comparecer ao local determinado munido de caneta esferográfica preta ou azul, comprovante de inscrição e documento oficial de identidade com foto que permita sua clara identificação;

4.4. Não será permitida comunicação entre os candidatos, utilização de telefone celular e qualquer tipo de dispositivo eletrônico durante a prova;

5. RESULTADOS FINAIS

5.1 Resultado final: o resultado final será liberado a partir das 17h do dia 07 de março de 2025 pelo site <http://www.fcmc.com.br/>, pelo Centro de Estudos do HCMC;

5.2 O Resultado final levará em conta a avaliação do ***Curriculum Vitae*** e **entrevista**, com **peso 3**, e a **prova de múltipla escolha** com **peso 7**.

6. MATRÍCULA E INÍCIO DO PROGRAMA

6.1 Os candidatos aprovados deverão se apresentar para matrícula entre o dia 10 e 11 de março de 2025 no Centro de Estudos do Hospital Centro Médico de Campinas das 10h00 às 16h30 para assinatura do termo de compromisso e entrega de documentos; o início do programa será dia 12/03/2025 as 07h00.

6.2 Documentos para Matrícula: ficha cadastral de matrícula devidamente preenchida e assinada, cópias legíveis do Cadastro de Pessoas Físicas (CPF), Cédula de Identidade (RG), Diploma de Médico (Frente e Verso), Número da Carteira de Trabalho/Série/Data



Centro Médico
Campinas

de emissão, Título de eleitor/zona/secção, Registro no Conselho Regional de Medicina (CRM) e DUAS fotos 3x4. Os ORIGINAIS deverão ser apresentados para conferência.

FUNDAÇÃO CENTRO MÉDICO DE CAMPINAS



ANEXO

FICHA DE CADASTRO PARA E1 (5 VAGAS)

NOME: _____

RG: _____ CPF: _____

ENDEREÇO: _____

TEL: () _____ CEL:() _____

E-MAIL: _____

FACULDADE ONDE CURSOU MEDICINA:

INICIO: _____ TÉRMINO: _____

DATA: ____/____/____

OBS: Anexar o comprovante de depósito.