



Governo do Estado do Rio Grande do Norte
Secretaria de Estado de Educação e Cultura – SEEC
UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE – UERN
Pró-Reitoria de Recursos Humanos e Assuntos Estudantis - PRORHAE

RESULTADO FINAL DO PROCESSO DE SELEÇÃO SIMPLIFICADA PARA CONTRATAÇÃO DE PROFESSOR SUBSTITUTO REFERENTE AO EDITAL Nº 40/2015 – PRORHAE-FACS

A Fundação Universidade do Estado do Rio Grande do Norte (FUERN), por meio da Pró-Reitoria de Recursos Humanos e Assuntos Estudantis (PRORHAE), torna público o **RESULTADO FINAL** do Processo de Seleção Simplificada para professor(a) substituto(a), referente ao Edital **40/2015-PRORHAE-FACS**, conforme disposto abaixo:

I – DA APRESENTAÇÃO DO CANDIDATO

O (A) candidato (a) aprovado (a) e convocado (a) deverá comparecer, a partir desta data, no endereço indicado abaixo, munido dos documentos conforme anexo I:

CAMPUS PARA O QUAL FOI CONVOCADO	ENDEREÇO PARA APRESENTAÇÃO DOS DOCUMENTOS
Campus Central - FACS	Diretoria de Pessoal - PRORHAE Praça Miguel Faustino, s/n – Centro – CEP: 59.610-220 – Mossoró-RN Telefone; (84) 3315-2122/3315-3028

II – DO RESULTADO

A) Campus Universitário Central - Mossoró / RN

CURSO/UNIDADE: Ciências Biomédicas- Curso de Medicina/FACS

FUNÇÃO: Professor do Ensino Superior

ÁREAS DE ATUAÇÃO: Medicina Legal; Estágio Supervisionado e Integrado na forma de Internato em Clínica Médica “B”(Preceptoria nos serviços de saúde conveniados à FACS, no âmbito da Medicina Legal, de acordo com as demandas do serviço); Preceptoria em Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade, de acordo com as demandas do serviço.

Nº DE VAGA/REGIME DE TRABALHO: 01/20H

Nº	NOME DO CANDIDATO	PROVA DIDÁTICA	PROVA PRÁTICA	MÉDIA FINAL	RESULTADO
1º	Isac Axel de Medeiros Nogueira	9,6	10,0	9,8	A/C

A/C: Aprovado(a) e Convocado(a) C: Classificado (a) R: Reprovado D: Desistente

B) Campus Universitário Central - Mossoró / RN

CURSO/UNIDADE: Ciências Biomédicas- Curso de Medicina/FACS

FUNÇÃO: Professor do Ensino Superior

ÁREAS DE ATUAÇÃO: Doenças Dermatológicas; Estágio Supervisionado e Integrado na forma de Internato em Clínica Médica “A”(Preceptoria sob a forma de Consultas em Dermatologia no Ambulatório da FACS, de acordo com as demandas do serviço; Visitas Hospitalares nas enfermarias dos serviços de saúde conveniados à FACS, no âmbito da Dermatologia, de acordo com as demandas do serviço). Preceptoria em Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade, de acordo com as demandas do serviço.

Nº DE VAGA/REGIME DE TRABALHO: 01/20H

Nº	NOME DO CANDIDATO	PROVA DIDÁTICA	PROVA PRÁTICA	MÉDIA FINAL	RESULTADO
1º	Patrícia Moura Rossiter Pinheiro	9,7	10,0	9,9	A/C

A/C: Aprovado(a) e Convocado(a)

C: Classificado (a)

R: Reprovado

D: Desistente

Informamos aos candidatos aprovados e classificados que assinarão o contrato na PRORHAE a partir do dia 03/02/16.

Mossoró, 23 de Dezembro de 2015.

Prof.^a Dr.^a Cílicia Raquel Maia Leite
Pró-Reitora de Recursos Humanos e Assuntos Estudantis



ANEXO I / RESULTADO FINAL DO EDITAL Nº 40/2015 – PRORHAE/FACS

DRH – PRORHAE – UERN			
ENTREGA / RECEBIMENTO DE DOC'S PARA ADMISSÃO			
Nome:			
Função:	C. Hor:	Hs.	
Depto.:	Setor:		
01 Foto 3 X 4 Colorida Atual			
Carteira de Trabalho (Original)			
Cópia da Carteira de Trabalho – Página da Foto (Frente e Verso)			
“ da Identidade (RG)			
“ do CPF			
“ do Título de Eleitor			
“ Comprovante da última Votação			
“ PIS / PASEP – c/ data de emissão			
“ da Reservista			
“ da Habilitação (se tiver)			
“ da Certidão de:	Nascimento	Casamento	
“ – Certidão de Nascimento do(s) Filho(s) (se tiver) – Qtd:			
“ – Comprovante de Residência – CEP Válido:			
“ – Situação Escolar (Diploma, Certificado ou Declaração)			
“ – Declaração de Não Acumulo de Cargos(modelo UERN)			
“ – Comprovante da Conta-Corrente: Banco do Brasil			
Individual?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não > CPF 2º Titular:	
Situação de Regularidade Cadastral do CPF / Receita Federal			<input checked="" type="checkbox"/>
Primeiro Emprego?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Canhoto <input type="checkbox"/>
Portador de Deficiência?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	
Raça:	<input type="checkbox"/> Indígena	<input type="checkbox"/> Branca	<input type="checkbox"/> Preta <input type="checkbox"/> Parda
Escolaridade:			
<input type="checkbox"/> Sem Instrução	<input type="checkbox"/> Alfabetizado	<input type="checkbox"/> Ens. Fundamental	
<input type="checkbox"/> Ensino Médio	<input type="checkbox"/> Graduado	<input type="checkbox"/> Especialista	
<input type="checkbox"/> Mestre	<input type="checkbox"/> Livre Docente	<input type="checkbox"/> Doutor	
	Residencial	Celular	
Telefone(s) de contato: () _____ - _____ / _____ - _____			
E-mail: _____@_____			

Assinatura

Para o Plano de Saúde providenciar cópia de CPF, RG e cartão do SUS.