

EDITAL 01/2024

APERFEIÇOAMENTO EM RADIOLOGIA E DIAGNÓSTICO POR IMAGEM NÍVEL R4 – TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA MULTISLICE E RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE ALTO CAMPO

Digimax Medicina Diagnóstica/Hospital Universitário Santa Terezinha Caçador/Joaçaba – SC

Responsável pelo programa de aperfeiçoamento em RDI:
Dr. Rodolpho Luiz de Faria Marsico

A Digimax Medicina Diagnóstica, disponibiliza duas (2) vagas para o Curso de Aperfeiçoamento em Radiologia e Diagnóstico por Imagem (R4), com bolsa mensal de R\$ 4.000,00 (líquido), com possibilidade de ganhos adicionais.

O curso, reconhecido pelo Colégio Brasileiro de Radiologia, terá duração de 01 (um) ano, com o início das atividades previsto para o dia 03/03/2025. O aperfeiçoando terá a oportunidade de aprofundar seus conhecimentos nas grandes áreas de RDI, contando com o apoio de preceptores com subespecialidades realizadas em grandes centros do Brasil e no exterior, com ênfase em neuroradiologia, radiologia ósteo-articular, radiologia do tórax e radiologia do abdômen.

1. INSCRIÇÕES

1.1 As inscrições deverão ser feitas no período de 16/12/2024 a 17/01/2025, por e-mail no seguinte endereço: administracao@digimaxdiagnostico.com.br, com o assunto Aperfeiçoamento RDI – Nível R4.

1.2 A inscrição no Processo Seletivo para o ano de 2024/2025 deverá ser feita da seguinte maneira:

- a) Preenchimento do formulário de inscrição, Anexo I.
- b) Pagamento da taxa de inscrição que será de R\$ 350,00 (trezentos reais), que deverá ser feita via depósito bancário para “Diagmax Joaçaba Clínica Médica”, conforme dados abaixo:
 - Diagmax Joaçaba Clínica Médica
 - CNPJ: 15.562.927/0001-92
 - Unicred
 - Banco: 136
 - Agência: 1505-9
 - Conta Corrente: 444.665-8
- c) Comprovante de conclusão 3 anos de aperfeiçoamento ou Residência em RDI.
- d) Cópia do RG e CPF.
- e) Não serão aceitas as inscrições que não atenderem os itens acima.

Informações: Pelo e-mail administracao@digimaxdiagnostico.com.br ou na Sede Administrativa do Grupo Digimax pelo Telefone: (49) 99954-0770, ou pelo site <http://www.digimaxdiagnostico.com.br/residencia-medica/processo-seletivo>.

2. PROCESSO SELETIVO

Análise de currículo no dia 26 de Janeiro de 2025, a partir das 10h00. Local: Hospital Universitário Santa Terezinha – HUST, Travessa Domingos Fiorani Bonato, 37, Bairro Centro, Joaçaba/SC, CEP: 89.600-000.

3. DIVULGAÇÃO

Do resultado final: 03/02/2025.

A relação da classificação dos candidatos estará disponível no site da Digimax Medicina Diagnóstica, <http://www.digimaxdiagnostico.com.br/residencia-medica/processo-seletivo>.

4. MATRÍCULA

Os candidatos aprovados deverão proceder à matrícula no dia 04/02/2025 à 07/02/2025 para ingresso no Curso de Aperfeiçoamento em Radiologia e Diagnóstico por Imagem Nível R4 – Tomografia Computadorizada Multislice e Ressonância Magnética de Alto Campo. A matrícula deverá ser realizada diretamente na Sede Administrativa do Grupo Digimax. Cada candidato será responsável por obter informações diretamente pelo telefone: (49) 99954-0770. No caso dos candidatos aprovados não se matricularem dentro período, serão caracterizados como desistentes da vaga e o centro de estudos prosseguirá chamando para matrícula os candidatos classificados sequencialmente em ordem decrescente de classificação.

No momento da admissão (MATRÍCULA), de acordo com as vagas disponibilizadas, o candidato aprovado no Processo Seletivo, na forma estabelecida neste Edital e eventuais retificações, deverá:

- a) Ter sido aprovado e classificado no Processo Seletivo.
- b) Ser brasileiro e ter registro primário ou secundário no CREMESC.
- c) Cumprir as demais exigências deste edital.
- d) No ato da matrícula os candidatos deverão efetuar o pagamento da “taxa de matrícula” no valor de R\$ 1.000,00 (mil reais), que deverá ser feita por cheque nominal para “Diagmax Joaçaba Clínica Médica”, em dinheiro, ou depósito bancário.

Diagmax Joaçaba Clínica Médica

CNPJ: 15.562.927/0001-92

Unicred

Banco: 136

Agência: 1505

Conta Corrente: 444.665-8



Dr. Rodolpho Luiz de Faria Marsico – CRM/SC 15691
Responsável pelo Programa de Aperfeiçoamento em RDI

ANEXO I

**FORMULÁRIO DE INSCRIÇÃO
APERFEIÇOAMENTO RADIOLOGIA E DIAGNÓSTICO POR IMAGEM 2019**

NOME COMPLETO: _____

SEXO: _____ **IDADE:** _____ **ESTADO CIVIL:** _____

Nº CPF: _____ **Nº CRM:** _____

ENDEREÇO: _____

CIDADE: _____ **CEP:** _____

TELEFONE PARA CONTATO: _____

EMAIL: _____

FORMAÇÃO ACADÊMICA: _____

FILIAÇÃO: _____

ASSINATURA: _____

DATA: ____/____/____