

EDITAL 05/2026
SELEÇÃO DO MESTRADO PROFISSIONAL EM AVALIAÇÃO E PRODUÇÃO DE
TECNOLOGIAS PARA O SUS

CHAMADA DE SUPLENTE – CONVOCADO GRUPO 2

Nome do candidato	Prova	Currículo	Entrevista	Projeto	Final	Modalidade
RICARDO BRASIL CHARÃO	33,2	8,2	15,5	11	6,79	Ampla concorrência

O candidato selecionado deverá efetuar sua **matrícula na data de 28 de julho de 2026, pelo e-mail ppgatsus@gmail.com**. Se deixar de efetuar a matrícula na data mencionada ou deixar de apresentar os documentos exigidos será considerado desistente, ficando a critério da PPG ATSUS a chamada de suplente, obedecendo à ordem de classificação.

Os documentos exigidos são:

- I – Cópia da carteira de identidade (frente e verso);
- II – Cópia do CPF (caso não conste no documento de identidade);
- III – Cópia da Certidão de Casamento (caso tenha havido mudança no nome);
- IV – Cópia do comprovante de residência ou declaração de residência;
- V – Cópia do Título de Eleitor e comprovante de quitação eleitoral;
- VI – Cópia do comprovante de quitação com o serviço militar (alunos do sexo masculino entre 18 e 45 anos);
- VII – Uma foto 3x4;
- VIII – Ficha cadastral preenchida (**Anexo**).

Observação: os documentos devem ser anexados ao e-mail em **arquivos formato (PDF)**.

Porto Alegre, 27 de julho de 2026.

Alcindo Antônio Ferla
Gerente de Ensino e Pesquisa
Grupo Hospitalar Conceição



ANEXO - CADASTRO DO(A) CANDIDATO(A)

NOME: _____

NOME SOCIAL: _____

SEXO: () *Feminino* () *Masculino*

COR/RAÇA: () *Branca* () *Negra* () *Parda* () *Amarela* () *Indígena*

PCD: () SIM-Especifique: _____ () NÃO

DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____

NACIONALIDADE: _____

NATURALIDADE: _____ UF: _____

PAI: _____

MÃE: _____

ESTADO CIVIL: () *Solteiro* () *Casado* () *União estável* () *Divorciado* () *Viúvo* () *Separado*

ESCOLARIDADE: _____

PROFISSÃO: _____ LOCAL DE TRABALHO: _____

CPF: _____

RG: _____ DATA EXPEDIÇÃO: ____/____/____

ÓRGÃO EXPEDIDOR: () *SSP/RS* () *SJS/RS* () *Outro-Especificar:* _____

TÍTULO DE ELEITOR: _____ ZONA: _____ SEÇÃO: _____ UF TÍTULO: _____

CERTIFICADO DE RESERVISTA: _____

ENDEREÇO RESIDENCIAL: _____

CEP: _____ BAIRRO: _____ CIDADE: _____

CELULAR: () _____ TELEFONE RESIDENCIAL: () _____

TELEFONE PROFISSIONAL: () _____

EMAIL: _____

CONTATO DE EMERGÊNCIA: () _____

NOME DO CONTATO E PARENTESCO: _____

Porto Alegre, _____ de _____ 20____

Assinatura: _____