

## **COMUNICADO DO SERVIÇO DE SELEÇÃO E DESENVOLVIMENTO**

O Serviço de Seleção e Desenvolvimento do Centro de Recursos Humanos comunica que, conforme Despacho do Superintendente deste Hospital, sob o processo SEI nº 146.00011280/2024-11, publicado no Diário Oficial do Estado em 24 de Outubro de 2024, ficou decretada a **ANULAÇÃO** da prova do Concurso Público para função-atividade de MÉDICO I - ANESTESIOLOGIA, Edital nº 24/2024.

Assim, comunicamos que a nova prova do Concurso Público, será realizada na cidade de Ribeirão Preto, conforme abaixo:

**PROVA: OBJETIVA/DISSERTATIVA**

**Data : 03/12/2024**

**Horário: 18:00 horas**

**Local: ANFITEATRO DO CEAPS – 2º ANDAR** do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto da FMRP-USP – Campus Universitário s/n – Monte Alegre – Ribeirão Preto –SP. (Aguardar na Portaria Principal do Hospital).

Os candidatos deverão entregar fotocópias dos comprovantes dos títulos, acompanhados da Ficha de Avaliação, na data, horário e local de realização da PROVA OBJETIVA/DISSERTATIVA.

Desta forma, solicitamos a todos os candidatos inscritos no Concurso Público, que preencham o formulário em anexo, assinalando uma das opções mencionadas, e encaminhe ao Hospital, pessoalmente ou pelo e-mail: [selecao@hcrp.usp.br](mailto:selecao@hcrp.usp.br).

A manifestação a que se refere o item anterior deverá ocorrer no período de: 11 à 15 de Novembro de 2024.

Colocamo-nos à disposição para maiores informações através do telefone: (16) 3602-2227.

GS-14, 30 de Outubro de 2024.

**SERVIÇO DE SELEÇÃO E DESENVOLVIMENTO**

## MANIFESTAÇÃO

Eu, \_\_\_\_\_, R.G. nº \_\_\_\_\_,  
Inscrito no Concurso Público de Médico I - Anestesiologia, Edital nº 24/2024, realizado pelo Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, inscrição nº \_\_\_\_\_ em vista da **ANULAÇÃO** da prova do referido Concurso, venho manifestar que:

**Tenho interesse** em participar da nova prova que será realizada no dia 03/12/2024.

**Não tenho interesse** em participar da nova prova, portanto, opto pelo reembolso do valor da taxa de inscrição, que deverá ser depositada na conta abaixo especificada:

- Banco: \_\_\_\_\_.
- Agência: \_\_\_\_\_.
- Conta: \_\_\_\_\_.
- Titular da conta: \_\_\_\_\_.
- CPF do titular da conta: \_\_\_\_\_.

Ribeirão Preto, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Nome/Assinatura