



EXAME NACIONAL DE RESIDÊNCIA

**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE  
ESCOLA MULTICAMPI DE CIÊNCIAS MÉDICAS  
EXAME NACIONAL DE RESIDÊNCIA**

**INFORMAÇÕES DE MATRÍCULA ENARE 2023/2024 - RESIDÊNCIA MÉDICA**  
**Retificado**

**1. Da Instituição**

ESCOLA MULTICAMPI DE CIÊNCIAS MÉDICAS - EMCM

**2. Do procedimento de matrícula na instituição**

**2.1.** A Escola Multicampi de Ciências Médicas (EMCM/UFRN), no uso de suas atribuições legais, mediante as condições estipuladas neste Edital, e demais disposições legais aplicáveis, torna público o Edital para o cadastro de matrícula e de remanejamento de vagas remanescentes para candidatos classificados nos Programas das Residências Médicas da Escola Multicampi de Ciências Médicas (PRM-EMCM/UFRN) - 2024.

**2.2.** Os Programas de Residências Médicas da Escola Multicampi de Ciências Médicas (PRM/EMCM/UFRN) contemplam as especialidades de Cirurgia Geral, Clínica Médica e Medicina da Família e Comunidade.

**2.3.** O cadastro de matrícula dos candidatos aprovados para o Programas das Residências Médicas da Escola Multicampi de Ciências Médicas (PRM-EMCM/UFRN) - 2024 será realizado obedecendo aos dispostos consecutivos e obrigatórios a seguir:

**2.3.1.** Checar a convocação na lista de chamada com observância rigorosa aos prazos no site do ENARE (<https://enare.ebserh.gov.br/>);

**2.3.2.** Todos os cadastros de matrícula ocorrerão de forma ONLINE;

**2.3.3.** Enviar os documentos solicitados de acordo com os subitens 3.1 e 3.3 para o endereço de e-mail <[secretaria.academica@emcm.ufrn.br](mailto:secretaria.academica@emcm.ufrn.br)>, obedecendo RIGOROSAMENTE as condições estabelecidas neste Edital;

**2.3.4.** O envio da documentação constante no subitem 3.3. ocorrerá **das 14h do dia 31 de janeiro de 2023 até as 23h59 do dia 02 de fevereiro de 2024.**

**2.4.** Das vagas destinadas às pessoas com deficiência (PcD):

**2.4.1.** Candidatos aprovados que apresentem algum tipo de deficiência seguirão as orientações constantes no item 5 do EDITAL Nº 03/2023-ENARE 2023/2024.

## **2.5. Das vagas destinadas aos candidatos negros:**

**2.5.1.** Candidatos autodeclarados negros nos termos da Lei nº 12.990/2014 devem seguir as orientações descritas no item 6 do Edital ENARE nº 03/2023.

**2.5.2.** Conforme item 6.1.1. do Edital ENARE nº 03/2023, há reserva de vagas para candidatos negros na especialidade com número de vagas igual ou superior a 3 (três).

**2.5.3.** A convocação do candidato pela Instituição não garante a tácita matrícula do candidato, pois os demais subitens do item 6 do Edital ENARE nº 03/2023 devem ser observados.

## **2.6. Reserva Militar:**

**2.6.1.** O candidato classificado que esteja convocado para a prestação de serviço militar pode requerer a reserva de vaga no momento de sua convocação.

**2.6.2.** Após comprovação, a reserva de vaga requerida terá efeito no ano subsequente.

**2.6.3.** Para o ano corrente, o próximo candidato classificado será convocado para ocupar a vaga do candidato cuja reserva de vaga tenha sido deferida.

**2.7.** Os candidatos classificados para o Programa de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade serão convocados, via e-mail, após realização da matrícula, para reunião com a Coordenação do Programa, por meio de vídeo chamada pelo aplicativo Google Meet, com o objetivo de proceder a alocação das vagas nos municípios credenciados.

**2.7.1.** Os residentes serão distribuídos entre as seis (6) vagas ofertadas pelo município de Caicó e as seis (6) vagas ofertadas pelo município de Currais Novos. Visando a fixação dos residentes nas referidas localidades, para a alocação de vagas, serão obedecidos os seguintes critérios em ordem de prioridade:

**2.7.1.1.** Terão prioridade de escolha pela localidade os residentes que já apresentem vínculo anterior com a Estratégia de Saúde da Família (ESF) do município pretendido, comprovado por meio de cadastro no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), que deve ser enviado à secretaria do Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade;

**2.7.1.2.** As vagas restantes serão distribuídas seguindo a ordem de classificação, do primeiro ao último colocado, no ENARE.

**2.7.2.** O(s) candidato(s) que não comparecerem a reunião para alocação nos municípios acatarão integralmente a decisão tomada pela Coordenação do Programa de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade.

## **3. Dos documentos necessários para a matrícula na Instituição**

**3.1.** O candidato deve enviar documentação digitalizada, nítida e legível sob os seguintes critérios:

- a) em resolução mínima de 300dpi;
- b) formato PDF;
- c) tons de cinza;**
- d) frente e verso;
- e) enviados individualmente; e
- f) Salvos com o nome do tipo de documento e o nome do residente** (exemplo: foto\_3x4\_nome\_do\_residente).

**3.2. NÃO SERÃO ACEITOS DOCUMENTOS EM ARQUIVO ÚNICO, COLORIDOS OU INCOMPLETOS.**

**3.3.** Os documento listados abaixo devem ser enviados, NA SEGUINTE ORDEM, para o processo de implantação de bolsa e cadastro de matrícula:

- a) ANEXO I - Ficha cadastral para residente;
- b) ANEXO II - Termo de Compromisso e Responsabilidade dos Programas de Residências Médicas da Escola Multicampi de Ciências Médicas - EMCM/UFRN, datado e assinado pelo candidato;
- c) Documento de Registro do Conselho de Classe Profissional (frente e verso) no **Estado do Rio Grande do Norte**;
- d) Certidão de Quitação e ou Certidão de Regularidade com o conselho de classe profissional;
- e) Documentos de identificação com foto - RG, CNH ou passaporte (frente e verso);
- f) Cadastro de Pessoa Física – CPF; (frente e verso);
- g) Título de eleitor (frente e verso);
- h) Certidão de quitação com as obrigações eleitorais;
- i) Comprovante de residência (moradia);
- j) Comprovante com dados Bancários: Número da Agência e Número da Conta Corrente em nome do candidato **no Banco do Brasil, Caixa Econômica Federal ou Santander. Necessariamente ser conta individual (não conjunta)**;
- k) Certificado de reservista, para candidatos do sexo masculino;
- l) Cartão/comprovante de inscrição no PIS/PASEP, caso o tenha (já possui esta inscrição pessoas que já tiveram vínculo empregatício formal);
- m) Diploma de curso de graduação ou documento oficial de conclusão do curso de graduação, expedido pela Coordenação do Curso da Instituição de Ensino Superior, com a data de colação de grau anterior ao 1º dia de início das atividades da Residência em março de 2024 (frente e verso);
- n) Diploma de graduação revalidado no Brasil, para graduações no exterior;
- o) No caso de profissional de saúde estrangeiro, possuir o certificado de proficiência em língua portuguesa – CELPE – Brasil;
- p) 1 foto 3X4 recente em tons de cinza;
- q) Currículo Lattes atualizado;

- r) Cartão do SUS de usuário (para cadastro no CNES);
- s) Cartão de Vacinação atualizado conforme NR 32 (tétano, difteria, hepatite B e COVID-19);
- t) Documento de contratação de apólice individual de seguro de vida e acidentes, com vigência para o período integral da residência;
- u) No caso de profissional cursando algum programa de pós-graduação *stricto sensu* ou de residência, possuir declaração de término do curso até 29 de fevereiro de 2024.

3.4. O candidato com cadastro de matrícula ativo que não comparecer ao serviço em até 72 horas do início do Programa terá sua matrícula cancelada.

#### 4. Das etapas e prazos

4.1. A convocação dos candidatos para o preenchimento das vagas será publicada no site do Sistema ENARE (<https://enare.ebserh.gov.br/>);

~~4.2. Os candidatos constantes na lista de aprovados na 1ª oportunidade serão convocados às segundas-feiras e quintas-feiras, conforme calendário apresentado no Quadro 01:~~

~~**Quadro 1. Datas e horários de convocação pelo Sistema ENARE e data e horário limite para o envio de documentação pelo sistema SIGAA (1ª oportunidade):**~~

<del>CONVOCAÇÃO</del>	<del>DATA E HORÁRIO DE CONVOCAÇÃO PELO SISTEMA ENARE (Fuso horário de Brasília)</del>	<del>LIMITE PARA ENVIO DE DOCUMENTOS PELO SISTEMA SIGAA (Fuso horário de Brasília)</del>
<del>1ª CHAMADA</del>	<del>09h de 31/01/2024</del>	<del>23h59 de 04/02/2024</del>
<del>2ª CHAMADA</del>	<del>09h de 05/02/2024</del>	<del>23h59 de 07/02/2024</del>
<del>3ª CHAMADA</del>	<del>09h de 08/02/2024</del>	<del>23h59 de 11/02/2024</del>
<del>4ª CHAMADA</del>	<del>09h de 15/02/2024</del>	<del>23h59 de 18/02/2024</del>
<del>5ª CHAMADA</del>	<del>09h de 19/02/2024</del>	<del>23h59 de 21/02/2024</del>

~~4.3. O candidato convocado deverá enviar a documentação elencada pelo Sistema SIGAA, conforme datas e horários limites apresentados no Quadro 1.~~

4.3 O envio da documentação elencada no subitem 3.3. será realizado, EXCLUSIVAMENTE, através do endereço de e-mail informado no subitem 2.3.3

**4.4. CASO O CANDIDATO CONVOCADO NÃO ENVIE OS DOCUMENTOS PELO FORMATO DESCRITO, SERÁ CONSIDERADO DESISTENTE. O PRÓXIMO CANDIDATO CLASSIFICADO SERÁ CONVOCADO COM DIREITO À VAGA CONFORME CHAMADAS APRESENTADAS NO QUADRO 1.**

~~4.5. Em caso de vagas remanescentes não preenchidas após 1ª oportunidade de convocação do Sistema ENARE, será aberta a 2ª (segunda) oportunidade de acordo com Edital ENARE nº~~

03/2023, conforme calendário apresentado no Quadro 02.

**Quadro 02. ~~Datas e horários de convocação pelo Sistema ENARE e data e horário limite para o envio de documentação pelo sistema SIGAA (2ª oportunidade):~~**

<b>CONVOCAÇÃO</b>	<b>DATA E HORÁRIO DE CONVOCAÇÃO PELO SISTEMA ENARE (Fuso horário de Brasília)</b>	<b>LIMITE PARA ENVIO DE DOCUMENTOS PELO SISTEMA SIGAA (Fuso horário de Brasília)</b>
1ª CHAMADA	09h de 29/02/2024	23h59 de 03/03/2024
2ª CHAMADA	09h de 04/03/2024	23h59 de 06/03/2024
3ª CHAMADA	09h de 07/03/2024	23h59 de 10/03/2024

4.6. ~~Em caso de vagas remanescentes na 2ª oportunidade de convocação do Sistema ENARE, será aberta a 3ª (terceira) oportunidade de acordo com Edital ENARE nº 03/2023, conforme calendário apresentado no Quadro 03.~~

**Quadro 03. ~~Datas e horários de convocação pelo Sistema ENARE e data e horário limite para o envio de documentação pelo sistema SIGAA (3ª oportunidade):~~**

<b>CONVOCAÇÃO</b>	<b>DATA E HORÁRIO DE CONVOCAÇÃO PELO SISTEMA ENARE (Fuso horário de Brasília)</b>	<b>LIMITE PARA ENVIO DE DOCUMENTOS PELO SISTEMA SIGAA (Fuso horário de Brasília)</b>
1ª CHAMADA	09h de 15/03/2024	23h59 de 18/03/2024
2ª CHAMADA	09h de 19/03/2024	23h59 de 21/03/2024
3ª CHAMADA	09h de 21/03/2024	23h59 de 24/03/2024

4.7. O candidato poderá ser convocado na primeira quinzena do início da residência para apresentar os documentos originais, conforme agendamento da unidade executora.

4.8. Em nenhuma hipótese serão aceitos pedidos de cadastro de matrícula em sítios, prazos e horários diferentes dos indicados neste Edital.

4.9. É de inteira responsabilidade do candidato consultar o site do Sistema ENARE, visando tomar ciência das convocações para o preenchimento das vagas, inclusive as remanescentes.

4.10. O candidato com cadastro de matrícula efetivado e desistente da vaga deverá formalizar, em até 24 horas, a desistência por meio de uma carta entregue à secretaria do programa de residência por meio do e-mail: secretaria.academica@emcm.ufrn.br, em versão digital assinada e datada.

**5. Das informações adicionais**

**5.1.** O pagamento da primeira bolsa referente a março/2024 poderá ocorrer apenas no mês de maio, e de forma retroativa.

**5.2.** Informamos que o desconto do INSS não é facultado ao residente, trata-se de uma contribuição obrigatória.

**5.3.** Os casos omissos e as situações não previstas neste Edital serão analisados pela Comissão de Residências Médica ( COREME) EMCM e pela Pró Reitoria de Pós Graduação da UFRN.

**5.4.** As supervisões dos Programas de Residências Médicas, a COREME/EMCM e a Comissão de Residências em Saúde da Pró-reitoria de Pós-graduação (CRS/PPG/UFRN) não se comprometem com a publicação de relações de candidatos convocados pela imprensa, nem por qualquer outro veículo de comunicação ou divulgação.

## **6. Das informações de contato na instituição**

**6.1.** Dúvidas e esclarecimentos quanto ao Edital podem ser elucidadas através do e-mail secretaria.academica@emcm.ufrn.br e pelo telefone: (84) 3342-2337 ramal: 101, Secretaria Acadêmica Integrada da EMCM (dias úteis, das 08h às 12h e 13h às 17h).

**6.2.** O candidato que optar pelo contato telefônico será incentivado à formalização de suas solicitações por e-mail, como forma de registro oficial para o rastreamento das informações.

## **7. Do responsável na instituição**

**7.1.** Supervisões dos Programas de Residências Médicas da EMCM/UFRN;

**7.2.** Comissão de Residência Médica – COREME da EMCM/UFRN;

**7.3.** Setor de Gestão do Ensino – SGE/GEP/Huab-UFRN;

**7.4.** Comissão de Residências em Saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, vinculada à Pró Reitoria de Pós-graduação (CRS-PPG/UFRN).

Caicó-RN, 25 de janeiro de 2024.

**Prof. Dr. George Dantas de Azevedo**  
Diretor da EMCM/UFRN

**Profª. Dra. Lízie Emanuelle Eulalio Brasileiro**  
Coordenadora da COREME/EMCM/UFR

**ANEXO I - FICHA CADASTRAL PARA RESIDENTE**

<b>UNIDADE DE LOTAÇÃO:</b>	
<b>TIPO DE RESIDÊNCIA:</b>	<input type="checkbox"/> <b>MÉDICA</b> <input type="checkbox"/> <b>MULTIPROFISSIONAL</b>
<b>ÁREA DE CONCENTRAÇÃO:</b>	
<b>ÁREA PROFISSIONAL:</b>	

<b>NOME:</b>		
<b>NOME SOCIAL (se houver):</b>		
<b>ESTADO CIVIL</b>		
<b>DATA DE NASCIMENTO:</b>	<b>CIDADE/UF DE NASCIMENTO:</b>	
<b>GÊNERO:</b>		
<b>INSTITUIÇÃO DE FORMAÇÃO:</b>	<b>ESCOLARIDADE</b>	<b>TIPO</b>
<b>ANO DE CONCLUSÃO:</b>		<input type="checkbox"/> <b>PÚBLICA</b> <input type="checkbox"/> <b>PARTICULAR</b>
<b>NACIONALIDADE</b> <input type="checkbox"/> <b>BRASILEIRO</b> <input type="checkbox"/> <b>ESTRANGEIRO</b>	<b>SE ESTRANGEIRO:</b> <b>País de origem:</b> _____  <b>Ano de chegada:</b> _____	
<b>PIS / PASEP / NIT:</b>	<input type="checkbox"/> <b>Não possui</b>	
<b>NOME DA MÃE:</b>		

<b>COR / ORIGEM ÉTNICA:</b>	<b>GRUPO SANGUÍNEO:</b>	<b>FATOR RH:</b>
<b>PESSOA COM DEFICIÊNCIA?</b> <input type="checkbox"/> <b>SIM</b> <input type="checkbox"/> <b>NÃO</b>	<b>SE SIM, QUAL?</b>	

<b>N° DA IDENTIDADE:</b>	<b>ÓRGÃO DE EXPEDIÇÃO:</b>	<b>UF DE EXPEDIÇÃO:</b>	<b>DATA DE EMISSÃO:</b>
<b>CPF:</b>	<b>TÍTULO DE ELEITOR:</b>	<b>N° ÓRGÃO DE CLASSE:</b>	<b>DATA DE EMISSÃO ORGÃO DE CLASSE:</b>

<b>ENDEREÇO:</b>			
<b>NÚMERO:</b>	<b>BAIRRO:</b>	<b>MUNICÍPIO:</b>	<b>UF:</b>
<b>CEP:</b>	<b>COMPLEMENTO:</b>		

<b>TELEFONE: ( )</b>	<b>TELEFONE MÓVEL: ( )</b>
<b>E-MAIL:</b>	

<b>BANCO:</b>	<b>AGÊNCIA:</b>	<b>CONTA CORRENTE:</b>
---------------	-----------------	------------------------



## ANEXO II



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE  
ESCOLA MULTICAMPI DE CIÊNCIAS MÉDICAS DO RIO GRANDE DO NORTE  
COORDENAÇÃO DE RESIDÊNCIA MÉDICA

### TERMO DE COMPROMISSO E RESPONSABILIDADE

Eu, \_\_\_\_\_, afirmo estar ciente de que o programa de pós-graduação *lato sensu*, na modalidade de Residência Médica, caracteriza-se por treinamento em serviço com carga horária de até 60 horas semanais. Desta forma, afirmo que cumprirei com as atividades do Programa de Residência Médica em Saúde da UFRN, na área de concentração em \_\_\_\_\_, as quais serão desenvolvidas em cenários de práticas diversos, que podem corresponder aos três níveis de Atenção à Saúde no Estado do Rio Grande do Norte. Além disso, declaro que não tenho nenhum vínculo ativo em programas de pós-graduação de residência em saúde.

Estou ciente também que caso haja alguma documentação pendente, dentre as possibilidades permitidas para o cadastro de matrícula, esta deverá ser entregue no prazo e condições estabelecidos no Edital de Cadastro de Matrícula deste processo seletivo, situação em que poderei ser **desligado** automaticamente do Programa em caso de descumprimento.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
(Assinatura do candidato)

**ANEXO III - FORMULÁRIO DE AUTORIZAÇÃO DE ACESSO AOS DADOS DE BENS E RENDAS DAS DECLARAÇÕES DE AJUSTE ANUAL DO IMPOSTO DE RENDA PESSOA FÍSICA.**



**TRIBUNAL DE CONTAS DA UNIÃO**

ANEXO II À INSTRUÇÃO NORMATIVA-TCU Nº 67, DE 6 DE JULHO DE 2011

**FORMULÁRIO DE AUTORIZAÇÃO DE ACESSO AOS DADOS DE BENS E RENDAS DAS DECLARAÇÕES DE AJUSTE ANUAL DO IMPOSTO DE RENDA PESSOA FÍSICA**

**DADOS PESSOAIS**

MATRICULA Nº:  CPF Nº:

NOME:

CARGO/FUNÇÃO:

UNIDADE DE LOTAÇÃO:

**AUTORIZAÇÃO**

Autorizo, para fins de cumprimento da exigência contida no art. 13 da Lei 8.429 de 1992, e no Art. 1º da Lei 8.730, de 1993, e enquanto sujeito ao cumprimento das obrigações previstas nas Leis 8.429, de 1992, e 8.730, de 1993, o Tribunal de Contas da União - TCU a ter acesso aos dados de Bens e Rendados exigidos nas mencionadas Leis, das minhas Declarações de Ajuste Anual do Imposto de Renda Pessoa Física e das respectivas retificações apresentadas à Secretaria da Receita Federal do Brasil.

NATAL/RN, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

LOCAL E DATA

\_\_\_\_\_  
ASSINATURA

AUTORIDADE/SERVIDOR