



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO
ESCOLA MULTICAMPI DE CIÊNCIAS MÉDICAS DO RIO GRANDE DO NORTE**

E D I T A L 001/2022

**EDITAL DE CADASTRO DE MATRÍCULA DO PROCESSO SELETIVO PARA
INGRESSO NOS PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA MÉDICA DA ESCOLA MULTICAMPI
DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO
NORTE (EDITAL 005/2021)**

A Universidade Federal do Rio grande do Norte – UFRN, por meio da Escola Multicampi de Ciências Médicas do Rio Grande do Norte - EMCM, torna público para conhecimento de todos os aprovados no processo seletivo para preenchimento de vagas nos Programas de Residência Médica 2021, que:

I – DAS DISPOSIÇÕES INICIAIS

1. O cadastro de matrícula para todos os candidatos aprovados no Processo Seletivo para Ingresso nos Programas de Residência Médica (Edital 005/2021) será realizado obedecendo ao disposto a seguir.
 - 1.1. Devido às excepcionalidades causadas pelo atual momento de crise sanitária vivenciada no país, todos os cadastros de matrícula ocorrerão de forma ONLINE, observando o período e local de envio descritos no quadro abaixo.
 - 1.2. O envio de que trata o subitem anterior deverá constar as documentações estabelecidas no item 2. e será endereçado ao e-mail <secretaria.academica@emcm.ufrn.br>, obedecendo RIGOROSAMENTE as condições estabelecidas neste Edital.

Quadro 1: Informações para realização das matrículas.

PROGRAMA	PERÍODO	MODO	ENDEREÇO DE ENVIO
Todos os programas	03 e 04 de fevereiro de 2022	ONLINE	secretaria.academica@emcm.ufrn. br

- 1.3. O candidato aprovado que não efetuar o cadastro de matrícula no período estabelecido neste Edital será excluído do processo seletivo para ingresso nos programas de residência.

- 1.4. Em nenhuma hipótese serão aceitos pedidos de matrícula em prazos e condições distintas das indicadas neste Edital.
- 1.5. O candidato que possuir vínculo ativo com algum programa de pós-graduação *stricto sensu* ou de residência, SOMENTE poderá ter seu cadastro de matrícula efetuado se portar uma declaração de Conclusão do Curso, emitida em papel timbrado e assinado pelo coordenador do curso ao qual está vinculado, informando a previsão de término do curso, a qual não poderá ser superior ao dia 28 de fevereiro do ano vigente.

II - DA DOCUMENTAÇÃO OBRIGATÓRIA

2. **O candidato aprovado conforme o limite de vagas deverá enviar à Secretaria da EMC M as seguintes documentações nos termos deste Edital** (cópias legíveis, não sendo necessária a autenticação):
 - a. **Ficha Cadastral** - devidamente preenchida, sem rasuras e assinada (disponível em anexo neste Edital);
 - b. **Termo de Responsabilidade e Compromisso** - devidamente preenchido, sem rasuras e assinado (disponível em anexo neste Edital);
 - c. **Autorização de Acesso à Declaração de Ajuste Anual do IRPF** - devidamente preenchida, sem rasuras e assinada (disponível em anexo neste Edital);
 - d. **Comprovante de inscrição no Conselho Regional de Medicina - CRM** (frente e verso);
 - e. **Comprovante de regularidade junto ao CRM;**
 - f. **Documento de identificação com foto** - cópia legível, preferencialmente emitida nos últimos 10 anos; sendo aceita qualquer uma das alternativas a seguir: RG, carteira de habilitação, carteira de registro profissional ou passaporte (frente e verso);
 - g. **Cadastro de Pessoa Física – CPF** - cópia legível, preferencialmente emitida nos últimos 10 anos;
 - h. **Para estrangeiros – Passaporte** - folha com foto/dados pessoais e assinatura;
 - i. **Título de eleitor** (frente e verso);
 - j. **Certidão de quitação com as obrigações eleitorais;**
 - k. **Para candidatos do sexo masculino - Certificado de reservista** (frente e verso);
 - l. **Cartão de inscrição no PIS/PASEP**, caso o tenha - já possui essa inscrição pessoas que já tiveram vínculo empregatício formal (anexar apenas página que contém número);
 - m. **Número de Conta Corrente** - não pode ser conta conjunta, em nome do candidato no Banco do Brasil, Caixa Econômica Federal ou Banco Santander (anexar cópia do cartão ou contrato contendo o número da conta e agência);
 - n. **Comprovante de residência** - cópia legível e atualizada, preferencialmente emitida nos últimos 3 meses;
 - o. **Foto 3x4 recente (colorida);**
 - p. **Diploma de curso de graduação** ou documento oficial de conclusão do curso de graduação, expedido pela Coordenação do Curso com a data de colação de grau anterior ao início das atividades da Residência, ou seja, anterior ao dia 01/03/2021, (frente e verso);
 - a. No caso dos diplomas emitidos fora do país deverão acompanhar a revalidação e tradução.

q. **Documento de contratação de apólice individual de seguro de vida**, com vigência para o período integral da residência (24 meses);

2.1. Todos os documentos tratados no subitem anterior devem ser digitalizados um a um, em resolução mínima de 300dpi, PDF, tons de cinza (EXCETO A FOTO 3X4), frente e verso (quando for o caso).

2.1.1. Os arquivos citados no subitem 2. deverão ser **nomeados individualmente** e obedecendo a seguinte formatação: "NOME_COMPLETO_DO_RESIDENTE-TIPO_DO_DOCUMENTO" (por exemplo, "FRANCISCO OLIVEIRA-FICHA_CADASTRAL" / "FRANCISCO OLIVEIRA-TÍTULO_DE_ELEITOR").

2.1.2. É obrigatório ao candidato garantir que todas as cópias estejam legíveis, nítidas e enquadradas sem que nenhuma parte seja cortada ou que outros objetos apareçam em seu quadro.

2.1.3. Não serão avaliados documentos ilegíveis e/ou com rasuras ou proveniente de arquivo corrompido.

2.1.4. Não serão aceitos documentos em formato de foto, imagem ou qualquer outro formato que esteja em desacordo com os itens estipulados neste Edital.

2.2. Os documentos de cadastro serão recebidos neste ato, entretanto, a matrícula somente será efetivada após a verificação e comprovação dos documentos apresentados.

2.2.1. O candidato impossibilitado de entregar, no ato do cadastro de matrícula, o comprovante de inscrição no CRM e/ou o comprovante de regularidade junto ao CRM deverá se comprometer, ao assinar Termo de Compromisso e Responsabilidade, a entregá-los no prazo máximo de 60 dias a contar da assinatura do referido termo.

2.2.2. O candidato impossibilitado de entregar alguma documentação por motivo de perda ou roubo deverá apresentar Boletim de Ocorrência lavrado em Delegacia de Polícia e se comprometer, ao assinar o Termo de Compromisso e Responsabilidade, a apresentá-los em até 30 dias a contar da assinatura do referido termo.

2.2.3. A não entrega de qualquer documentação referente ao item 2., nos termos estabelecidos neste Edital, implicará no indeferimento do cadastro ou cancelamento do mesmo, excetuando-se as situações previstas nos itens 2.2.1. e 2.2.2.

2.3. Após o envio da documentação que trata o item 2., a secretaria a analisará **no prazo de até 48 horas úteis**, e havendo inconsistências, retornará ao candidato expondo os motivos do retorno. De modo que este terá **até 24 horas úteis para reenviar a documentação** nos termos requeridos.

2.3.1. O não retorno da documentação no tempo estipulado no subitem 2.3., ou com novas inconsistências no que se refere a quaisquer itens desse Edital, implicará no CANCELAMENTO do cadastro de matrícula do candidato.

2.4. O candidato será inteiramente responsável por acompanhar seu e-mail e cuidar que eventuais retornos da Secretaria sejam atendidos em tempo hábil.

2.5. A EMCN não se responsabilizará pelo não recebimento de documentações via Internet por motivos de ordem técnica dos computadores, falhas de comunicação, congestionamento das linhas de comunicação, bem como por outros fatores de ordem técnica que impossibilitem a transferência de dados.

2.6. Terá sua matrícula cancelada o candidato cadastrado que não se apresentar ao programa no prazo de 72 horas após o seu início.

2.7. O candidato aprovado conforme limite de vagas, porém impossibilitado de cumprir o Programa devido a obrigações militares de que trata o subitem 12.5. do Edital 005/2021,

- deverá comunicar o fato à Secretaria do Programa tão logo disponha dos documentos comprobatórios de convocação para que seja assegurada sua vaga.
- 2.8. Existindo vagas não preenchidas em decorrência de desistência, serão convocados candidatos classificados no processo seletivo, para o preenchimento das vagas, em até 30 (trinta) dias corridos após o início do Programa.
- 2.9. Existindo vagas não preenchidas em decorrência de falta de classificados para determinado Programa, será elaborada uma lista geral com os candidatos classificados que não ocuparam vagas, com nome e nota final em ordem decrescente de classificação, para posterior convocação.
- 2.9.1. O candidato convocado por meio da lista geral que trata o subitem anterior poderá optar por permanecer na lista de espera do programa ao qual foi aprovado sem prejuízos.
- 2.10. O candidato matriculado e desistente da vaga deverá formalizar a desistência por meio de carta escrita a próprio punho enviada à Secretaria através do endereço de e-mail <secretaria.academica@emcm.ufrn.br>.

Caicó-RN, 28 de janeiro de 2022.

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

Profª. Esp. Miriam de Andrade Brandão
Coordenadora da COREME/EMCM/UFRN

FICHA CADASTRAL PARA RESIDENTE

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

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

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

Nº DA IDENTIDADE:	ORGÃO DE EXPEDIÇÃO:	UF DE EXPEDIÇÃO:	DATA DE EMISSÃO:
--------------------------	----------------------------	-------------------------	-------------------------

CPF:	TÍTULO DE ELEITOR:	Nº ÓRGÃO DE CLASSE:	DATA DE EMISSÃO ÓRGÃO DE CLASSE:

ENDEREÇO:			
NÚMERO:	BAIRRO:	MUNICÍPIO:	UF:
CEP:	COMPLEMENTO:		

TELEFONE: ()	TELEFONE MÓVEL: ()
E-MAIL:	

BANCO:	AGÊNCIA:	CONTA CORRENTE:
---------------	-----------------	------------------------



**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)

**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**

MATRÍCULA 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 Rendas 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