

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ONOFRE LOPES**

**EDITAL DE MATRÍCULA PARA OS CANDIDATOS CLASSIFICADOS
NOS PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA MÉDICA - SEGUNDA CHAMADA
DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ONOFRE LOPES - UFRN 2023**

A UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE – UFRN - torna público para conhecimento de todos os classificados nos Programas de Residência Médica 2023, a convocação para matrícula de candidatos classificados nos programas de residência médica da UFRN e informa que:

1. O cadastro de matrícula será realizado obedecendo ao disposto a seguir:

1.1. O cadastro de matrícula dos candidatos aprovados para os programas e vagas estabelecidos no Item 12.2 do Edital do Processo Seletivo, ocorrerá no dia **14 de março de 2023**, nos horários das 0h às 20h, conforme consta abaixo:

| HOSPITAL | PROGRAMA | LOCAL E FORMA DE MATRÍCULA |
|----------|--|---|
| HUOL | CARDIOLOGIA INFECTOLOGIA MEDICINA INTENSIVA PATOLOGIA | <p>1- Os candidatos solicitarão matrícula e encaminharão documentos em PDF exclusivamente via internet pelo sistema eletrônico de processos seletivos da UFRN através do SIGAA. O candidato deverá acessar o SIGAA através do Sistema Federal do gov.br endereço https://www.gov.br/pt-br para ser direcionado ao SIGAA.</p> <p>Caso faça acesso direto pelo SIGAA, (https://sigaa.ufrn.br/sigaa/public/processo_seletivo/lista.jsf?aba=p-processo&nivel=S), o candidato encontrará uma interface (tela azul) que lhe solicitará 'Entrar pelo gov.br'. Assim que acessar o gov.br, o candidato que possuir login1 deve entrar com seu login para ser direcionado ao ambiente do SIGAA e dar início ao pedido de inscrição seguindo as instruções que constam neste edital.</p> <p>2- No Menu esquerdo selecionar a opção “processos seletivos”</p> <p>3- Selecionar a opção “Processos Seletivos - Lato Sensu”</p> <p>4- Buscar pelo processo seletivo do Curso “RESIDÊNCIA MÉDICA DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ONOFRE LOPES” e clicar na seta verde do lado direito para preencher os formulários eletrônicos e inserir a documentação do item 1.5 do edital do certame.</p> <p>5- Clicar em Enviar inscrição e aguardar a mensagem de envio com sucesso com o número de protocolo.</p> |

¹ Se o candidato não possuir cadastro, o sistema gov.br o conduzirá para um formulário para que seja feito o cadastro. Depois de se cadastrar e gerar seu login, no primeiro acesso ao sistema, o candidato será consultado sobre autorização de compartilhamento de seus dados pessoais de inscrição com a UFRN. Para prosseguir, deverá clicar no botão azul escrito “Autorizar”. Assim, o candidato será direcionado pelo gov.br para o SIGAA, e poderá iniciar o pedido de inscrição.

1.2. O candidato que não efetuar o cadastro de matrícula no período estabelecido neste Edital, será excluído desse processo de ingresso.

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

1.4. No ato do cadastro de matrícula, o candidato deverá digitalizar de forma legível e nítida (em resolução mínima de 300dpi, PDF, tons de cinza, frente e verso) um a um dos seguintes documentos:

a) Documentos de identificação: R.G, CPF, e Título de Eleitor (frente e verso).

b) Diploma de graduação (frente e verso) e Comprovante de Inscrição no Conselho Regional de Medicina, ou ainda, no caso dos diplomas emitidos fora do país deverão acompanhar a revalidação e tradução e comprovante de inscrição no Conselho Regional de Medicina;

c) Para estrangeiros – passaporte (folha com foto/dados pessoais e assinatura);

d) Certidão de quitação e regularidade com o conselho de classe profissional;

e) Comprovante de conclusão de Residência Médica em Clínica Médica ou declaração de término previsto para 28/02/2023 em programa credenciado pela Comissão Nacional Residência Médica (CNRM) para os programas de Cardiologia e Reumatologia;

f) Comprovante de conclusão de Residência Médica em Pediatria ou declaração de término previsto para 28/02/2023, em programa credenciado pela CNRM para os programas de Gastroenterologia Pediátrica;

g) Número de inscrição do PIS PASEP;

h) Dados bancários (Banco do Brasil, Caixa Econômica, Santander ou Banespa);

i) Certidão de Quitação Eleitoral ou comprovante de votação;

j) Comprovante de residência;

k) Certificado de Dispensa de Incorporação ou certificado de quitação com o serviço militar obrigatório - RESERVISTA (frente e verso);

l) Apólice de Seguro de Vida, com vigência referente ao período da residência;

1.4.1. Além da documentação exigida no Item 1.4., o candidato convocado deverá preencher, assinar e digitalizar no ato da matrícula: a ficha de cadastro do médico residente, o formulário do TCU o Termo de Compromisso e Responsabilidade da Residência Médica, ao qual está vinculado (anexos neste edital);

1.4.2. Os candidatos aprovados nos programas da COREME/HUOL deverão preencher, obrigatoriamente, seguindo as datas de matrícula e convocação, além dos documentos contidos no subitem 1.4.1. o Formulário constante no link: https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSevmgtP9njvl8EthN117lpQkrAOBJWDQBI_DmGvo0slzCtRNw/viewform?usp=sf_link

1.4.3. O preenchimento dos documentos especificados no subitem 1.4.1. não isenta os candidatos de apresentarem, nas datas estabelecidas, a documentação exigida no item 1.4.

1.5. Terá seu cadastro de matrícula cancelado, o candidato matriculado que não comparecer ao serviço, em até 72 horas do início do Programa.

1.5.1. Com o objetivo de garantir a validação de seu cadastro de matrícula, o candidato deverá entregar na COREME, cópia do comprovante de residência médica exigida como pré-requisito para o programa de residência no qual será matriculado (será provisoriamente, aceita a declaração de término previsto para 28/02/2023), o que não isenta a entrega do certificado de conclusão.

1.6. O candidato classificado conforme limite de vagas, porém impossibilitado de cumprir o Programa devido a obrigações militares, deverá comunicar o fato à Coordenação do Programa tão logo disponha dos documentos comprobatórios de convocação para que seja assegurada sua vaga e cumprir o disposto na Resolução da CNRM nº. 4 de 30 de setembro de 2011. Será, portanto, considerado desistente o candidato que descumprir o exposto nesse item.

1.7. Os candidatos que reservaram vagas no ano anterior (2022) devido a obrigações militares, deverão cumprir os mesmos requisitos de cadastro de matrícula dos demais aprovados. Sendo, portanto, considerado desistente o candidato que não efetivar a matrícula no prazo estabelecido.

1.8. Existindo vagas não-preenchidas em decorrência de desistência ou da não existência de candidatos aprovados poderão ser convocados candidatos para preenchimento das vagas, seguindo a ordem classificatória do mesmo programa ou de programas que tenham o mesmo pré-requisito que não tenham preenchido suas vagas, até a data limite 31/03/2023

1.9. A convocação será feita obedecendo a ordem decrescente dos Argumentos Finais dos candidatos que foram considerados aptos no mesmo Programa.

1.10. A convocação de que trata os Itens 1.8 e 1.9 será feita por meio de divulgação no sítio do HUOL/EBSERH (<https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-nordeste/huol-ufrn/ensino-e-pesquisa/setor-de-gestao-do-ensino-sge/unidade-de-gerenciao-das-atividades-de-pos-graduacao-ugap/residencia-medica> na aba de 'editais e resultados')

1.10.1. As relações dos candidatos convocados para preenchimento de vagas remanescentes da 1ª até a 3ª chamadas serão publicadas na página (<https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-nordeste/huol-ufrn/ensino-e-pesquisa/setor-de-gestao-do-ensino-sge/unidade-de-gerenciao-das-atividades-de-pos-graduacao-ugap/residencia-medica> na aba de 'editais e resultados')

1.10.2. As COREMES não se comprometem com a publicação de relações de candidatos convocados pela imprensa, nem por qualquer outro veículo de comunicação ou divulgação.

1.10.3. Caso todas as vagas sejam preenchidas em uma convocação anterior à 3ª chamada, as convocações subsequentes não serão realizadas.

1.10.4. Caso ainda existam vagas remanescentes após a 3ª chamada, a COREME poderão realizar outras convocações, em datas e horários divulgados na página (<https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-nordeste/huol-ufrn/ensino-e-pesquisa/setor-de-gestao-do-ensino-sge/unidade-de-gerenciao-das-atividades-de-pos-graduacao-ugap/residencia-medica> na aba de 'editais e resultados')

1.10.5. É de inteira responsabilidade do candidato consultar o sítio do HUOL/EBSERH, visando tomar ciência das convocações para o preenchimento das vagas remanescentes. Sendo, portanto, considerado desistente o candidato que não comparecer no prazo estabelecido.

1.10.6. Ao encaminhar o seu pedido de matrícula à COREME/HUOL, o candidato se compromete com o devido cumprimento das normas institucionais.

Natal, 10 de março de 2023.

Prof. Stenio Gomes da Silveira.

Superintendente da EBSEH/ HUOL



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
PRÓ-REITORIA DE PÓS GRADUAÇÃO

TERMO DE COMPROMISSO E RESPONSABILIDADE

Eu, _____, estou ciente que o programa de **pós-graduação *lato sensu***, na modalidade de Residência Médica em Saúde da UFRN, caracteriza-se por treinamento em serviço, com carga horária de 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 _____, contidas no Projeto Pedagógico. Estas atividades 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.

_____ -RN, _____ de _____ de _____.

(Assinatura do candidato)

(Assinatura do Coordenador do PRMS)

FICHA DE IMPLANTAÇÃO 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 |
| ANO DE CONCLUSÃO: | | <input type="checkbox"/> PÚBLICA <input type="checkbox"/> PARTICULAR |
| 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? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO | SE SIM, QUAL? | |

| | | | |
|--------------------------|----------------------------|----------------------------|---|
| 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: |
|---------------|-----------------|------------------------|



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

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 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