

**DECLARAÇÃO DOS CENÁRIOS DE PRÁTICA E CARGA HORÁRIA DO
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MÉDICA EM PSIQUIATRIA E PSIQUIATRIA DA
INFÂNCIA E DA ADOLESCÊNCIA**

**(somente para PRM em Psiquiatria e Psiquiatria da Infância e da
Adolescência)**

Declaro, para todos os fins de direitos, que a carga horária total em cenários de prática do Programa de Residência de (Psiquiatria ou Psiquiatria da Infância e da Adolescência) do/a _____ (Nome da instituição ofertante conforme Parecer de autorização emitido pela CNRM) inscrita no CNPJ sob o nº _____ (de acordo com o registro no SisCNRM), objeto do Edital SGTES/MS n.º 09/2025, possui no mínimo 75% (setenta e cinco por cento) em estabelecimentos de saúde que atendem o SUS e no mínimo 50% (cinquenta por cento) nos serviços da Rede de Atenção Psicossocial - RAPS, conforme critério disposto no subitem 3.2.1 deste edital, de acordo com o quadro abaixo:

CARGA HORÁRIA TOTAL DO PROGRAMA: XX HORAS		CARGA HORÁRIA TEÓRICA: XX HORAS		
		CARGA HORÁRIA PRÁTICA: XX HORAS		
RAZÃO SOCIAL DO ESTABELECIMENTO/ INSTITUIÇÃO ONDE OCORRE O CENÁRIO DE PRÁTICA	Nº NO CNES	ATENDE SUS? (SIM/NÃO)	CARGA HORÁRIA TOTAL DO CENÁRIO DE PRÁTICA (DESCREVER O QUANTITATIVO DE HORAS)	PERCENTUAL DA CARGA HORÁRIA CORRESPONDENTE AO CENÁRIO DE PRÁTICA (%)
TOTAL DE CARGA HORÁRIA DO CENÁRIO DE PRÁTICA:				

(Município/Estado/Distrito Federal), (dia) de (mês) de 2025.
(Somente serão aceitos documentos com data de emissão no ano de 2025)

(Nome completo e assinatura do Coordenador(a) da Comissão de Residência Médica (COREME) da instituição ofertante ou vice-coordenador da COREME e a descrição do cargo).

Observações:

- Somente serão aceitos documentos com data de emissão no ano de 2025.
- O documento deve estar datado e assinado, com o nome completo do coordenador da COREME ou do vice coordenador da COREME por extenso e a descrição do cargo.

O CNPJ da instituição ofertante deve ser igual ao nº de CNPJ registrado no SisCNRN.