

EXAME NACIONAL DE RESIDÊNCIA EBSERH
INFORMAÇÕES SOBRE A MATRÍCULA E INÍCIO DO PROGRAMA DE RESIDÊNCIA

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO MARIA APARECIDA PEDROSSIAN – Humap-UFMS/Ebserh

1 DA MATRÍCULA DA 6ª CHAMADA E DO INÍCIO DO PROGRAMA

1.1 Os candidatos constantes na lista de aprovados deverão efetuar a matrícula acessando o link

https://docs.google.com/forms/d/1GUqG_181ITdXIRvPTjLXUDBDLn80D8LVgRr-s1_FG9k/edit

das 08:00h do dia 10 de março de 2021 às 17:00h do dia 10 de março de 2021, horário local, e anexar todos os documentos exigidos em formato PDF.

1.2 Deverão ser anexados, OBRIGATORIAMENTE, no ato da matrícula on-line, os seguintes documentos digitalizados:

- a) 1 foto 3X4 recente e colorida;
- b) RG (frente e verso);
- c) CPF e comprovante de regularização obtida no site da Receita Federal;
- d) Título de eleitor e declaração de quitação eleitoral obtida no site do TSE;
- e) Certidão de nascimento ou casamento;
- f) Diploma (frente e verso) ou declaração de conclusão (o candidato brasileiro que fez curso de graduação de Medicina no exterior ou o médico estrangeiro, deverá anexar documento de revalidação do mesmo por universidade pública competente no Brasil, na forma da legislação vigente, para que seja deferida sua matrícula). Quando estrangeiro, apresentar fotocópia autenticada do visto de permanência definitivo no Brasil. A declaração de conclusão será aceita a título provisório, no entanto o diploma deverá ser apresentado pelo Médico Residente durante os primeiros 90 dias de início do Programa de Residência Médica;
- g) Certificado de Conclusão de Residência Médica (frente e verso) ou declaração de conclusão (obrigatório para candidatos a vaga com pré-requisito) o Programa de Residência Médica de pré-requisito deverá estar concluído até dia **28 de fevereiro de 2021**. A declaração de conclusão será aceita a título provisório, no entanto o certificado deverá ser apresentado pelo Médico Residente durante os primeiros 90 dias de início do Programa de Residência Médica;
- h) Cartão do SUS de usuário (para cadastro no CNES);
- i) Carteira de trabalho (frente e verso) e data do primeiro emprego (se tiver);
- j) PIS ou PASEP;
- k) Comprovante de residência (atualizado);
- l) Comprovante de quitação com o Serviço Militar (obrigatório para o sexo masculino);
- m) Comprovante bancário da conta salário, sendo o candidato o titular (cartão, extrato, contrato);
- n) Passaporte (obrigatório se for estrangeiro);
- o) Conselho Regional de Medicina do Estado do Mato Grosso do Sul (se tiver);

1.3 Deverão ser preenchidos, assinados, digitalizados e anexados, OBRIGATORIAMENTE, no ato da matrícula on-line, os seguintes documentos:

a) Formulário Cadastro Para Residência Médica/Residência Multiprofissional (ANEXO I)

b) Ficha Cadastral de Matrícula (ANEXO II)

1.4 Deverão ser impressos, preenchidos, assinados, e entregues pessoalmente, OBRIGATORIAMENTE, no primeiro dia de atividades (1ª de março de 2021) no Humap-UFMS/Ebserh, os seguintes documentos:

a) Formulário do CORE (ANEXO III)

b) Formulário do SISREG (ANEXO IV)

c) Formulário CNES (ANEXO V)

As dúvidas quanto ao Edital poderão ser esclarecidas pelo e-mail coreme.propp@ufms.br / gep.humap@ebserh.gov.br ou pelo telefone (67) 3345-3057.

ANEXO I

**CADASTRO PARA RESIDÊNCIA MÉDICA/RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL
É OBRIGATÓRIO O PREENCHIMENTO DE TODOS OS CAMPOS PARA EFETIVAÇÃO DO
CADASTRO JUNTO AO SISTEMA DE PESSOAL (SIAPE), COM LETRA LEGÍVEL**

NÚMERO DO CPF:

NOME:

SEXO:

DATA DE NASCIMENTO:

GRUPO SANGUÍNEO:

NOME DO PAI:

NOME DA MÃE:

LOCAL DE NASCIMENTO:

ESCOLARIDADE:

ESTADO CIVIL:

COR/ORIGEM ETNICA:

DEFICIENCIA FISICA:

QTDE DEPENDENTES ECONOMICAMENTE:

NACIONALIDADE:

DOCUMENTO DE IDENTIDADE:

ÓRGÃO EXPEDIDOR:

UF:

DATA EXPEDIÇÃO:

TÍTULO ELEITORAL:

UF:

ZONA:

SEÇÃO:

DATA DE EMISSÃO:

COMP. MILITAR NÚMERO:

ÓRGÃO DE EXPEDIÇÃO:

SÉRIE:

CART.TRABALHO NUMERO:

SÉRIE:

UF:

REGISTRO CNH:

UF:

EXPEDIÇÃO:

CATEGORIA:

PRIMEIRA HABILITAÇÃO:

VALIDADE:

PIS/PASEP NUMERO:

PASSAPORTE NÚMERO:

DATA DO PRIMEIRO EMPREGO:

LOGRADOURO:

Nº:

COMPLEMENTO:

BAIRRO:

MUNICÍPIO:

UF:

PAÍS: CEP: CX POSTAL:

TELEFONE: () CELULAR: ()

E-MAIL:

CONTA SALÁRIO PARA DEPOSITO DO PAGAMENTO

BANCO:

AGENCIA:

NÚMERO DA CONTA:

CAMPO GRANDE-MS, _____ DE _____ DE 2021.

ASSINATURA



ANEXO II

FICHA CADASTRAL DE MATRÍCULA DA COMISSÃO DE RESIDÊNCIA MÉDICA DA UFMS

NOME:

ESPECIALIDADE QUE IRÁ CURSAR:

CRM-MS:

RG:

CPF:

DATA DE NASCIMENTO:

ENDEREÇO:

TELEFONE:

E-MAIL:

GRUPO SANGUÍNEO:

Nº DO PRONTUÁRIO DA SESAU DO MUNICÍPIO DE CAMPO GRANDE-MS:

INSTITUIÇÃO QUE CURSOU GRADUAÇÃO:

CAMPO GRANDE-MS, _____ DE _____ DE 2021.

ASSINATURA

COMISSÃO DE RESIDÊNCIA MÉDICA

Av Costa e Silva, s/nº - Cidade Universitária

Fone (67) 3345 7699 - e-mail: coreme.propp@ufms.br

TERMO DE COMPROMISSO

ACESSO AO SISTEMA DE REGULAÇÃO DE URGÊNCIA CORE CAMPO GRANDE

Considerando que o login e senha são de uso pessoal e intransferível do usuário a quem foi atribuído, toda e qualquer ação executada no sistema é identificada pelo respectivo login, fica formalizado que é de total responsabilidade deste usuário o uso dos recursos e ações no sistema.

Eu _____, RG nº _____, Conselho*: _____ -
nº _____ CPF nº _____ - _____, nascido em ____/____/_____, telefone nº (____)
_____-_____, e-mail _____, unidade
_____, município _____, declaro estar ciente que toda e

qualquer ação por mim realizada no sistema, além da confidencialidade das informações contidas no mesmo, são de minha inteira e total responsabilidade, tendo ciência das sanções previstas, em caso de uso indevido do sistema e divulgação das informações nele contido.

Profissional atua em mais de uma unidade do estado? Se sim, especificar unidade e município.

Ex.º: Nome da Unidade / Município

- | | |
|----------|-----------|
| 1. _____ | 6. _____ |
| 2. _____ | 7. _____ |
| 3. _____ | 8. _____ |
| 4. _____ | 9. _____ |
| 5. _____ | 10. _____ |

*Quando se aplica.

Assinatura – Colaborador

Acesso ao Sistema: www.core.saude.ms.gov.br

Suporte: (67) 3322-6000

ANEXO IV



Secretaria Municipal de Saúde Pública - Campo Grande/MS
Superintendência de Relações Institucionais em Saúde
Gerência de Regulação Hospitalar

SOLICITAÇÃO DE CADASTRAMENTO DE OPERADOR:
SOLICITANTE INTERNAÇÃO ()
EXECUTANTE INTERNAÇÃO ()

ATENÇÃO: é necessário sinalizar qual perfil de acesso ao sistema está sendo solicitado. Se for os dois, sinalizar ambos.

Unidade de Saúde: _____

Dados Pessoais:

Nome Completo: _____

CPF: _____ Data de Nascimento: ____/____/____

Telefones:

Serviço: _____ Residência: _____ Celular: _____

Email: _____

Setor que Trabalha: _____

Venho através deste, solicitar o meu cadastramento no sistema SISREG - Hospitalar como **SOLICITANTE INTERNAÇÃO () / EXECUTANTE INTERNAÇÃO ()**, conforme as informações acima. Estou ciente que o uso indevido do meu acesso ao sistema poderá ser motivo de processos administrativos, disciplinares e/ou éticos. Comprometo-me ainda, a informar à Gerência de Regulação Hospitalar qualquer alteração dos dados acima e/ou pedir a minha exclusão quando solicitado, de acordo com as normas técnicas operacionais do sistema.

ATENÇÃO: é necessário sinalizar qual perfil de acesso ao sistema está sendo solicitado. Se for os dois, sinalizar ambos.

Campo Grande – MS, ____/____/____.

Assinatura conforme RG

Solicitado por:

Nome completo do Gerente da Unidade de Saúde e/ou Chefia Imediata

Assinatura e Carimbo da(o) Gerente da Unidade e/ou Chefia Imediata

Cadastrado em: ____/____/____

Operador(es) criado(s) no SISREG - Hospitalar

SOLICITANTE INTERNAÇÃO:

EXECUTANTE INTERNAÇÃO:

Gerente de Regulação Hospitalar

ANEXO V



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPO GRANDE – MS

Secretaria Municipal de Saúde Pública – SESAU
Diretoria de Relações Institucionais em Saúde – DRIS
Coordenadoria de Controle e Avaliação Ambulatorial e Hospitalar – CCAAH

FICHA CADASTRAL DE ESTABELECIMENTO DE SAÚDE - FCES Folha nº 8/14

Identificação do Profissional:

1. **ESTABELECIMENTO:** NOME: HOSPITAL UNIVERSITÁRIO MARIA APARECIDA PEDROSSIAN
CNES:

0	0	0	9	7	0	9
---	---	---	---	---	---	---

2. **DADOS DO PROFISSIONAL:**

Nome do Profissional: _____
CPF: _____ Sexo: () M () F
Nome da Mãe: _____
Data de Nascimento do Profissional: ____/____/____
Município de Nascimento: _____ UF: ____
Nº da Identidade: _____ UF: ____
Órgão Emissor: ____ Data da Emissão: ____/____/____
Escolaridade: _____

3. **DADOS RESIDENCIAIS:**

Endereço: _____ nº _____
Complemento: _____
Bairro: _____
Município: _____ UF: ____
CEP: _____
Telefone p/contato: () _____ // () _____

4. **DADOS PROFISSIONAIS:**

Especialidade _____ CBO: 2233 F9
Carga Horária Semanal: 30 Ambulatorial
30 Hospitalar
Nº do Registro no Conselho de Classe: _____
Data de Entrada do profissional no Estabelecimento: ____/____/____.
Atendimento ao SUS: SIM (●) NÃO ()

Assinatura e Carimbo do Profissional

Data: ____/____/____

5. VINCULAÇÃO:

01 - Vínculo empregatício

- 01-Estatutário Efetivo { 01-Servidor Próprio
 02-Servidor Cedido / CNPJ do Empregador
- 02-Emprego público Celetista { 02-Próprio
 03-Cedido / CNPJ do Empregador
- 03-Contrato Temporário ou por prazo/tempo determinado { 03-Público
 02-Privado
- 04-Cargo comissionado { 03-Servidor Público Próprio
 04-Servidor Público Cedido / CNPJ do Empregador

 05-Sem Vínculo com o Setor Público
- 05-Celetista

02 - Autônomo

- 09-Pessoa Jurídica / CNPJ do Empregador
- 10-Pessoa Física
- 11-Cooperado / CNPJ do Empregador

05 - Residência

01-Residente { 01-Própria
 02-Subsidiada por outra entidade / CNPJ do Empregador

06 - Estágio

01-Estagiário { 01-Próprio
 02-Subsidiada por outra entidade / CNPJ do Empregador

07 - Bolsa

01-Bolsista { 01-Próprio
 02-Subsidiada por outra entidade / CNPJ do Empregador

08 - Intermediado

- 01-Emprego público Celetista / CNPJ do Empregador
- 02-Contrato Temporário ou por prazo/tempo determinado / CNPJ do Empregador
- 03-Cargo comissionado / CNPJ do Empregador
- 04-Celetista / CNPJ do Empregador
- 05-Autônomo { Pessoa Jurídica / CNPJ do Empregador

 Pessoa Física / CNPJ do Empregador
- 06-Cooperado / CNPJ do Empregador

09 - Informal Contratado Verbalmente

Assinatura e Carimbo do Profissional

Data: ____/____/____
