



FACULDADE DE MEDICINA DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO - FAMERP
AUTARQUIA ESTADUAL – LEI Nº 8899 de 27/09/94
(Reconhecida pelo Decreto Federal nº 74179 de 14/06/74)
COMISSÃO DE RESIDÊNCIA MÉDICA
Av. Brigadeiro Faria Lima, 5 416 – CEP 15090-000
Fone: (017) 3201-.5060 - e-mail: coreme@famerp.br
São José do Rio Preto – São Paulo – Brasil

INFORMAÇÕES GERAIS - MATRÍCULAS

Processo Seletivo de Estágio Profissional – Fellowship 2022

PRÉ-MATRÍCULA – o link ficará disponível, a partir de 24/02/2022, para inserção de dados em:

https://portalrh.hospitaldebase.com.br/novocurriculoweb/rscvwplugin_Famerp.htm

1. O formulário, que consta no link acima, deverá ser preenchido por **TODOS** os candidatos **APROVADOS e EXCEDENTES**;
2. Os dados digitados são de responsabilidade do candidato. Confira se os dados estão corretamente digitados (nome, número de documentos, etc);
3. Não deixar espaços sem preencher. A única exceção são as informações referentes à Carteira de Trabalho;
4. **Inserir uma foto no formulário. Esta foto será utilizada no crachá, após ser efetivada a matrícula.**

IMPORTANTE - O preenchimento dos dados no link acima, não substitui a matrícula presencial, que deverá ser realizada no dia **04/03/2022, das 8 às 13 horas, na COREME – FAMERP.**

MATRÍCULA

1. **Matrícula por procuração:** o(a) procurador(a) deverá apresentar-se munido de documento pessoal com foto e **declaração do candidato com firma reconhecida em cartório - original**;
2. O candidato, ou seu procurador constituído, deverá entregar, no ato da matrícula, todas as **cópias** dos documentos previstas no edital, conforme segue:
 - ✓ Ficha de cadastro devidamente preenchida (essa ficha será preenchida na Coreme no dia da matrícula). **Para agilizar o processo de matrícula, a COREME disponibilizará, por e-mail, o link para preenchimento do formulário eletronicamente.**
 - ✓ (duas) fotos 3X4 recentes e coloridas.
 - ✓ Cópia **autenticada** do Diploma de graduação em Medicina (frente e verso).
 - ✓ Cópia do Registro no Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (CRM/SP). O candidato que não possuir o registro no CRM/SP ou que possuir o registro de CRM de outro estado tem o prazo de até 60 dias após o início do Estágio Profissional, para apresentá-lo na secretaria da COREME/FAMERP.
 - ✓ Cópia do certificado de conclusão do pré-requisito, de acordo com a exigência do pré-requisito, por meio de documento oficial, expedido pela instituição de ensino responsável pelo Programa correspondente. A declaração de conclusão do pré-requisito será aceita a título provisório, para fins de matrícula do candidato. No entanto, o certificado deverá ser apresentado durante os primeiros 90 dias de início do Programa de estágio Profissional (sob pena de ter a matrícula indeferida e responder perante a Lei por informações incompletas).
 - ✓ Cópia do CPF.
 - ✓ O comprovante de situação cadastral no CPF, que é emitido no site da Receita Federal, disponível em:
<https://servicos.receita.fazenda.gov.br/servicos/cpf/consultasituacao/consultapublica.asp>.
 - ✓ Cópia simples do R.G. (Cédula de Identidade) – frente e verso.



FACULDADE DE MEDICINA DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO - FAMERP
AUTARQUIA ESTADUAL – LEI Nº 8899 de 27/09/94
(Reconhecida pelo Decreto Federal nº 74179 de 14/06/74)
COMISSÃO DE RESIDÊNCIA MÉDICA
Av. Brigadeiro Faria Lima, 5 416 – CEP 15090-000
Fone: (017) 3201-.5060 - e-mail: coreme@famerp.br
São José do Rio Preto – São Paulo – Brasil

✓ Cópia simples do Título de eleitor com o último comprovante de quitação eleitoral. A certidão pode ser obtida no site: <https://www.tse.jus.br/eleitor/certidoes/certidao-de-quitacao-eleitoral>.

✓ Comprovante ou declaração constando o Grupo sanguíneo e fator RH.

✓ Cópia simples do comprovante de quitação com o serviço militar, quando do sexo masculino;

✓ Cópia simples do cartão do SUS – Sistema Único de Saúde (CNS).

✓ Cópia simples da Certidão de nascimento, casamento ou averbação de divórcio;

✓ Seguro contra acidentes pessoais, constando data de vigência, que deverá ser renovado anualmente, enquanto durar o estágio de formação;

✓ Declaração de situação vacinal (anexo I) – 2 vias, emitido por Unidade Básica de Saúde de referência da residência;

✓ cópia simples da carteira de vacinação atualizada – 2 vias (todas as páginas);

✓ Formulário preenchido e assinado o E-Social, constando nomes, datas de nascimento e números do CPF do pai e mãe (anexo II). Obs: salvos os casos de falecimento de algum dos mesmos.

✓ Comprovante das taxas de expediente e confecção de crachá, no valor de R\$120,00 e R\$5,00, respectivamente, pagas na Tesouraria da FAMERP, no dia da matrícula;

✓ O candidato graduado no exterior deverá apresentar:

- o diploma revalidado por Universidade Pública, na forma determinada pela legislação vigente;

- se estrangeiro, apresentar visto permanente (exceto para o cidadão estrangeiro que comprove ter nascido em um dos países-membros ou associados do Mercosul, que tenham assinado e ratificado o Acordo de Livre Residência com o Brasil, nos termos do Decreto nº 6.964, de 29 de setembro de 2009, e do Decreto nº 6.975, de 7 de outubro de 2009, nos termos da Resolução CFN 2002/2012 e proficiência da língua portuguesa comprovada por instituição oficial (CELPE/BRAS);

- registro no CRM de acordo com a Resolução CFM nº 1831/2008 e CFM nº 1832/2008, para os candidatos que já possuem o registro.

O não comparecimento do candidato classificado, ou de seu procurador, no período definido para matrícula implicará consequente perda da vaga, sendo convocado o candidato subsequente.

O Estágio que tiver duração de mais de um ano, deverá ter o seguro renovado anualmente e a cópia da apólice de seguro atualizada deverá ser entregue na Coreme imediatamente no início do próximo período de estágio.

NÃO SERÃO ACEITAS MATRÍCULAS COM PENDÊNCIAS DE DOCUMENTOS

Taxas de expediente, no valor de R\$ 120,00. Pode ser feito através de:

- PIX - CNPJ 00.326.036/0001-60 – Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto
Ag. 1510-5 / conta corrente 00026458-0
- TESOURARIA DA FAMERP (somente em dinheiro)

Taxa de crachá no valor de R\$ 5,00. Pode ser feito através de:

- PIX - **chave pix:** comercial@hospitaldebase.com.br

Obs. Ambas as taxas devem ser recolhidas no dia em que o médico/a for fazer a matrícula antes de dirigir-se à Coreme para efetivação da mesma e os comprovantes devem ser enviados por e-mail para coreme@famerp.br



FACULDADE DE MEDICINA DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO - FAMERP
AUTARQUIA ESTADUAL – LEI Nº 8899 de 27/09/94
(Reconhecida pelo Decreto Federal nº 74179 de 14/06/74)
COMISSÃO DE RESIDÊNCIA MÉDICA
Av. Brigadeiro Faria Lima, 5 416 – CEP 15090-000
Fone: (017) 3201-.5060 - e-mail: coreme@famerp.br
São José do Rio Preto – São Paulo – Brasil

ANEXO I

FORMULÁRIO PARA O E-SOCIAL

À FAMERP – FACULDADE DE MEDICINA DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO

Médico(a) Residente: _____

RG: _____ órgão expedidor _____ CPF: _____

Programa de Residência Médica: _____

Nome da mãe: _____

Data de nascimento da mãe: _____

CPF da mãe: _____

Nome do pai: _____

Data de nascimento do pai: _____

CPF do pai: _____

(Obs: Salvos os casos de falecimento de algum dos mesmos.)

São José do Rio Preto, ____ de _____ de 2022.

Assinatura



FACULDADE DE MEDICINA DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO - FAMERP
AUTARQUIA ESTADUAL – LEI Nº 8899 de 27/09/94
(Reconhecida pelo Decreto Federal nº 74179 de 14/06/74)
COMISSÃO DE RESIDÊNCIA MÉDICA
Av. Brigadeiro Faria Lima, 5 416 – CEP 15090-000
Fone: (017) 3201-.5060 - e-mail: coreme@famerp.br
São José do Rio Preto – São Paulo – Brasil

ANEXO II

DECLARAÇÃO DE SITUAÇÃO VACINAL

Atesto para fins de matrícula na Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto – FAMERP, que _____, nascido(a) em ____/____/_____, filho(a) da Sra.: _____, recebeu as vacinas abaixo, conforme preconizado pelo Programa Nacional de Imunização – MS, para profissionais da saúde:

Covid-19:

Laboratório: _____
1ª dose dia: ____/____/_____;
2ª dose dia: ____/____/_____;
_____: ____/____/_____;

Hepatite B*

1ª dose dia: ____/____/_____;
2ª dose dia: ____/____/_____;
3ª dose dia: ____/____/_____;
*último esquema

Hepatite B, anticorpos contra antígeno de superfície – anti-HBS*

Data coleta: ____/____/_____;
Resultado: _____
Quantificação: _____ UI/L.

*Com intervalo mínimo de 30 a 60 dias após a 3ª dose da vacina

Tríplice Viral (SCR):

1ª dose dia: ____/____/_____;
2ª dose dia: ____/____/_____;

Febre Amarela:

Última dose dia: ____/____/_____;

Difteria/Tétano (DTP ou dT):

1ª dose dia: ____/____/_____;
2ª dose dia: ____/____/_____;
3ª dose dia: ____/____/_____;

dTpa (Difteria, Tétano e Coqueluche acelular):

Última dose dia: ____/____/_____;

*De acordo com novo manual do CRIE 2019, todo profissional de saúde deverá ter uma dose de dTpa com reforço a cada 10 anos. Se não tiver esquema completo de DTP/dt, iniciar um esquema com dTpa e agendar as outras doses com dT.

Já teve varicela (catapora)?

() Sim () Não () Ignorado

Se não ou ignorado, deve ter 2 doses da vacina contra varicela, com intervalo de 30 dias:

1ª dose dia: ____/____/_____;
2ª dose dia: ____/____/_____;

Ciente das responsabilidades das declarações prestadas, por ser verdade, firmo a presente.

_____, ____ de _____ de 2022

Assinatura e carimbo do profissional da sala de vacina
(enfermeiro ou médico)

Carimbo da UBS:

Assinatura e carimbo do profissional da sala de vacina
(enfermeiro ou médico)

Carimbo da UBS: