

EXAME NACIONAL DE RESIDÊNCIA**INFORMAÇÕES DE MATRÍCULA ENARE 2022/2023 – RESIDÊNCIA MÉDICA****Da Instituição****SOROCABA PREFEITURA MUNICIPAL**

AVENIDA ENGENHEIRO CARLOS REINALDO MENDES, 3041 ALÉM PONTE SOROCABA/SP

1. Do procedimento de matrícula na instituição

O candidato deve comparecer presencialmente ou através de procuração, com os documentos informados no item 2 e nas datas informadas no item 3 (etapas e prazos) no endereço: Rua Aparecida, 244, Jardim Santa Rosália, Sorocaba-SP. Centro de Referência de Saúde do Trabalhador e Divisão de Educação em Saúde (CEREST/DES).

2. Dos Documentos necessários para matrícula na instituição

Para efetuar a matrícula, o candidato deverá enviar pelo e-mail: **matriculasresidencia@gmail.com**, até a data da matrícula, os documentos abaixo. No dia da matrícula o candidato deve apresentar a documentação **ORIGINAL e CÓPIA** dos documentos abaixo:

- a) Cédula de identidade
- b) 02 (duas) fotos 3x4 coloridas e recentes
- c) CPF – Cadastro de Pessoa Física do Ministério da Fazenda
- d) Número do PIS/PASEP ou NIT ou Inscrição no INSS
- e) Comprovante de Residência
- f) Carteira expedida pelo Conselho Regional da categoria do profissional ou protocolo de solicitação
- g) Documento comprobatório de conclusão de curso de graduação: Diploma de Graduação ou Certificado de Conclusão de Curso emitido pela Instituição de Ensino Superior
- h) Apólice de seguro de vida durante o período que durar a residência: o seguro pode ser feito em instituição a critério do candidato e pode ser renovado anualmente. Para matrícula será solicitado o número da apólice ou o número de protocolo de solicitação.
- i) Comprovante de quitação com o serviço militar
- j) Comprovante de quitação de obrigações eleitorais emitido a partir do dia 15/01/2023
- k) Cartão de vacinação atualizado e comprovação de vacinação para Coronavírus, Tétano, Sarampo, Difteria e Hepatite B
- l) *Formulário de cadastro com dados pessoais preenchidos e assinado (conforme anexo 1)*
- m) *Termo de compromisso com o Programa de Residência impresso, preenchido e assinado (conforme anexo 2)*
- n) Preencher obrigatoriamente a pré-matrícula no link: <https://bityli.com/nuKEP> caso o link não funcione, favor copiar e colar o link)
- o) Cópia de comprovante de número de **CONTA CORRENTE** no nome do candidato (*conforme as orientações do anexo 03*).
- p) Formulário de Termo de uso de Imagem (*anexo 4*)
- q) Formulário de Confidencialidade de dados (*anexo 5*)

3. Das Etapas e Prazos

O candidato deve comparecer presencialmente ou através de procuração, com os documentos informados acima, no endereço: Rua Aparecida, 244, Jardim Santa Rosália, Sorocaba-SP (CEREST/DES), nos seguintes dias e horários:

Dia 14/02 das 10h às 12h: Candidatos da Residência Médica em Psiquiatria e Medicina de Família e comunidade

4. Das Informações adicionais

- A matrícula deverá ser realizada pessoalmente pelo candidato, ou por meio de procuração simples e cópia de documento de identidade do procurador. A procuração será retida na COREMU/COREME. A procuração deverá ser específica para a matrícula no Programa de Residência da Prefeitura de Sorocaba.
- A declaração de conclusão do curso será aceita, a título provisório, para fins de matrícula do candidato. O diploma deverá ser apresentado pelo profissional residente no prazo máximo de até 6 (seis) meses após a realização da matrícula, sob pena de não lhe ser confirmada a matrícula provisória.
- Caso o candidato possua outro local de trabalho, essa carga horária tem que ser compatível com as obrigações e carga horária da residência.
- Aos candidatos que se graduaram em Universidade estrangeira, será exigido o diploma revalidado por Universidade Brasileira, Inscrição no Conselho Regional de Medicina e Certificado de Proficiência em Língua Portuguesa para estrangeiros (CELPE-Bras) conforme Resolução CFM Nº2216/2018.
- Candidatos estrangeiros será exigida a Cédula de Identidade de Estrangeiro e comprovação de visto provisório ou permanente, demonstrando sua situação regular no país.
- O candidato que não comparecer no dia e horário de sua convocação para matrícula será considerado desistente, e para sua vaga será convocado o classificado subsequente desde que haja possibilidade. **Serão efetuadas tantas convocações quantas forem necessárias para o preenchimento das vagas, respeitando o prazo final de cadastramento de residentes no SISCNRM e no SIGRESIDÊNCIAS e por parecer da COREME.**
- No caso de vagas não ocupadas as próximas chamadas serão divulgadas no site da PMS: <https://www.sorocaba.sp.gov.br/>

Das Informações de contato na instituição

Telefone de contato: (15) 3219-1186

Email: educasaudepms@gmail.com

Site: <https://www.sorocaba.sp.gov.br/>

Do Responsável na Instituição

Márcia Cristina Walter

Coordenadora Regional de Saúde
Prefeitura Municipal de Sorocaba

ANEXO 1

Foto 3x4

**Programa de Residência Multiprofissional e Médica Prefeitura de Sorocaba
Prefeitura de Sorocaba Secretaria da Saúde
CADASTRO DE RESIDENTES 2023**

Programa Inscrito: Programa de Residência _____		
Nome:		
Email:		
Telefone:		
Data de Nascimento:	Naturalidade:	
Nacionalidade:	Nº CPF:	
Nº RG/Órgão Expeditor:	Data de Expedição:	
Estado Civil:	Sexo:	
Nº Título de Eleitor:	Grupo Sanguíneo:	
Nº Carteira Reservista:	Cor/origem étnica:	
Graduação:	Ano de Formação:	
Nº Conselho de Classe/Estado/Data:		
Nome do Pai:		
Nome da Mãe:		

DADOS BANCÁRIOS

Banco:	Agência:	Conta:
Nº PIS/PASEP/NIT:		
Dependentes Econômicos:		

ENDEREÇO DE ORIGEM

Rua/av:	Nº	
Complemento:	Bairro:	
Município:	Estado:	
CEP:		

ENDEREÇO DURANTE O PERÍODO DA RESIDÊNCIA

Rua/av:	Nº	
Complemento:	Bairro:	
Município:	Estado:	
CEP:		

EM CASO DE ACIDENTE AVISAR:

Nome:	Grau de Parentesco:	
Telefone Fixo:	Celular:	

Declaro que as informações acima são verdadeiras, retiradas de documentos oficiais, sob minha inteira responsabilidade no preenchimento.

Assinatura: _____ Sorocaba, ____ de _____ de 2023.

ANEXO 2

**Programa de Residência Médica/Prefeitura de Sorocaba
Secretaria da Saúde**

TERMO DE COMPROMISSO

Pelo presente TERMO, por mim assinado, eu _____
_____ RG Nº _____ CPF
Nº _____, assumo e tenho ciência dos seguintes compromissos com Programa de
Residência Médica de Sorocaba.

1. O prazo de vigência do Programa será de 24 meses para a residência de Medicina de Família e Comunidade e de 36 meses para Psiquiatria.
2. As atividades semanais são de 60 horas, incluídos finais de semana e feriados.
3. Receberei uma bolsa formação mensal financiada pelo Ministério da Saúde no valor de R\$ 4.106,09 (quatro mil, cento e seis reais e nove centavos) fixado pela Portaria Interministerial Nº 9 de 13 de outubro de 2021, sendo complementada conforme Lei Municipal Nº 11.926 de 26 de março de 2019. No valor da complementação estão inclusos todos os benefícios inerentes à Residência Médica, ou seja, auxílio à alimentação, moradia e transporte.
4. O pagamento da bolsa e da complementação fica condicionado à frequência e a avaliação periódica do residente. No período de Licenças e/ou afastamentos não haverá a complementação da bolsa tratada no item 3 desse termo.
5. O Programa de Residência não configura em contrato de trabalho, nem cria vínculo empregatício de qualquer natureza com a Prefeitura de Sorocaba-SP.
6. O residente deve cumprir o Regimento do Programa e da Comissão de Residência Médica (COREME), o Código de Ética Médica, as normas emitidas dos Departamentos e Serviços onde estiver realizando as atividades práticas, bem como as normas emitidas pela Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM) e Ministério da Saúde.
7. Devolver as quantias recebidas a títulos de bolsa, por não obediência aos itens deste TERMO, bem como recebimento indevido quando do afastamento do Programa após a assinatura deste instrumento.
8. Em caso de desistência, o RESIDENTE fica obrigado a formalizá-la à COREME.

Sorocaba, ____ de _____ 2023.

Assinatura do Residente

ANEXO 3

Instruções Para Abertura de Contas

Para que os dados sejam considerados corretos, solicitamos que o(a) residente verifique as informações abaixo:

- As contas digitais podem ser utilizadas, desde que os códigos dos bancos sejam os **237 (Bradesco), 341 (Itaú) e 033 (Santander)**.
- Caso o residente já possua alguma conta em um dos três bancos (Bradesco, Itaú ou Santander) cadastrados no SIGRESIDÊNCIAS, não será necessária a abertura de uma nova conta bancária.
- A conta informada deve ser uma conta ATIVA. Segue os links:

- Bradesco: <https://banco.bradesco/ministeriosaude>

- Itaú: <https://www.itau.com.br/contas/folha-de-pagamentos>

- Santander: <https://www.santander.com.br/residentes-min-saude>

- A conta deve ter o próprio residente como titular (não pode ser conjunta).
- A conta não pode ter um limite para recebimento.
- O número da agência deverá ser preenchido SEM O DÍGITO VERIFICADOR.
- Caso seja necessário, segue o CNPJ do Ministério da Saúde: 00.394.544/0036-05.

Obs. 1: Sugerimos que o(a) residente não encerre a conta corrente atual com o banco, até que o pagamento seja creditado em nova conta (Bradesco, Itaú ou Santander).

Obs. 2: Caso apresente algum erro, solicitamos que nos encaminhe o *print* e relate a respeito do erro.

Obs. 3: O residente poderá abrir a conta através dos links informados no Comunicado e a carta de abertura é repassada pela própria Instituição do(a) residente.

Para saber como acessar o site do SIGRESIDÊNCIAS, acesse o link a seguir: <https://sigresidencias.saude.gov.br/>

IMPORTANTE!

Os novos dados bancários devem ser atualizados, pelo próprio residente, no Sistema SIGRESIDÊNCIA, a fim de que o valor da bolsa seja creditado na referida conta corrente.

Em caso de dúvidas, entre em contato por meio do endereço eletrônico residencias@saude.gov.br

Seguimos à disposição.

Atenciosamente,

Residências em Saúde

DGRHUS/SGTES/MS

ANEXO 4



**Prefeitura de
SOROCABA**

Secretaria da Saúde

**PREFEITURA MUNICIPAL DE SOROCABA
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MÉDICA E MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE
TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE IMAGEM E SOM**

Eu, _____, nacionalidade _____, estado civil _____, portador da Cédula de identidade RG nº. _____, inscrito no CPF/MF sob nº _____, residente à Av./Rua _____, nº. _____, município de _____. AUTORIZO o uso de minha imagem em todo e qualquer material entre imagens de vídeo, fotos e documentos, para ser utilizada durante a Residência Médica/ Multiprofissional em Saúde, da Prefeitura Municipal de Sorocaba e também nas peças de comunicação que serão veiculadas nos canais da Prefeitura Municipal de Sorocaba. A presente autorização é concedida a título gratuito, abrangendo o uso da imagem acima mencionada em todo território nacional, das seguintes formas: (I) home page; (II) mídia eletrônica (vídeo-tapes, televisão, cinema, entre outros).

Fica ainda **autorizada**, de livre e espontânea vontade, para os mesmos fins, a cessão de direitos da veiculação das imagens não recebendo para tanto qualquer tipo de remuneração.

Por esta ser a expressão da minha vontade declaro que autorizo o uso acima descrito sem que nada haja a ser reclamado a título de direitos conexos à minha imagem ou a qualquer outro, e assino a presente autorização em 02 vias de igual teor e forma.

_____, dia ____ de _____ de _____.

(Assinatura)

ANEXO 5

TERMO DE CONSENTIMENTO PARA TRATAMENTO DE DADOS PESSOAIS

LEI GERAL DE PROTEÇÃO DE DADOS PESSOAIS – LGPD

Através do presente instrumento, _____, inscrito (a) no CPF sob nº _____, aqui denominado (a) como TITULAR, autorizo a Coordenadoria Regional de Saúde da Prefeitura Municipal de Sorocaba, aqui denominada como CONTROLADORA/INSTITUIÇÃO CONCEDENTE, inscrita no CNPJ sob nº 46.634.044/0001-74 em razão do TERMO DE COMPROMISSO DE RESIDÊNCIA, a coleta e tratamento dos meus dados pessoais, de acordo com a Lei nº 13.709/2018 comprometendo-se a tratar os dados classificados como pessoais, coletados ou tratados por meio deste instrumento, para a sua execução e somente nos estritos limites aqui previstos, nos termos da lei aplicável, conforme disposto neste termo:

CLÁUSULA PRIMEIRA - DADOS PESSOAIS

O TITULAR autoriza a CONTROLADORA a coletar e realizar o tratamento dos seguintes dados pessoais, para os fins que serão relacionados na cláusula segunda:

- a) Nome completo;
- b) Correio Eletrônico (E-mail)
- c) Nome dos Pais
- d) Cópia da Carteira de Identidade (RG);
- e) Cópia do Cadastro de Pessoas Físicas (CPF);
- f) Cópia da Carteira Nacional de Habilitação (CNH) (quando necessário para identificação do RG/CPF)
- g) Endereço do domicílio (Endereço, Bairro, Cidade, Estado e CEP);
- h) Telefone pessoal;
- i) Informações do curso (Área e Nº do Conselho)
- j) Número PIS/PASEP ou NIT ou Inscrição no INSS
- k) Quitação Eleitoral
- l) Comprovante bancário conta-corrente
- m) Apólice de Seguro
- n) Certificado de Reservista ou Alistamento no Serviço Militar

CLÁUSULA SEGUNDA - COLETA E FORMA DE TRATAMENTO

Coleta: Os dados pessoais originam-se através da coleta direta com o titular ou através da Instituição de Ensino.

Técnica de tratamento / Armazenamento: O tratamento se inicia através da coleta dos dados e, posteriormente, os dados são gravados em um banco ou repositório de arquivos os quais são protegidos por duas senhas pessoais: a de acesso ao computador e a de acesso aos sistemas. Os dados físicos são armazenados na Coordenadoria Regional de Saúde e o arquivamento, subsequentemente, encaminhados à empresa competente de guarda de arquivos.

CLÁUSULA TERCEIRA - COMPARTILHAMENTO E FINALIDADE DO TRATAMENTO DOS DADOS

O TITULAR autoriza que a CONTROLADORA utilize os dados pessoais e listados do seguinte modo:

Compartilhamento

A CONTROLADORA fica autorizada a compartilhar os dados pessoais do TITULAR com outros agentes de tratamento de dados, caso seja necessário, para as finalidades listadas neste instrumento, desde que, sejam respeitados os princípios da boa-fé, finalidade, adequação, necessidade, livre acesso, qualidade dos dados, transparência, segurança, prevenção, não discriminação e responsabilização e prestação de contas.

Finalidade

- a) Permitir que a CONTROLADORA identifique e entre em contato com o titular, em razão do Termo de Compromisso de Residência;
- b) Para cumprimento de obrigações decorrentes da legislação, no exercício regular de direitos em processo judicial, administrativo ou arbitral;
- c) Para cumprimento, pela CONTROLADORA, de obrigações impostas por órgãos públicos e federais para pagamentos de bolsa e complementações com respectivos cadastros realizados em plataformas e sistemas públicos para atribuição das atividades exercidas no período da residência pela Secretaria da Saúde.
- d) Quando necessário para atender aos interesses legítimos da CONTROLADORA ou de terceiros, exceto no caso de prevalecerem direitos e liberdades fundamentais do titular que exijam a proteção dos dados pessoais.

CLÁUSULA QUARTA - RESPONSABILIDADE PELA SEGURANÇA DOS DADOS

Serão adotadas medidas de segurança, técnicas e administrativas aptas a proteger os dados pessoais sensíveis do titular ou seu representante de acessos não autorizados e de situações acidentais ou ilícitas de destruição, perda, alteração, comunicação ou qualquer forma de tratamento inadequado ou ilícito.

O controlador, dentro das exigências legais, comunicará a autoridade nacional e ao titular ou seu representante a ocorrência de incidente de segurança que possa acarretar risco ou dano relevante aos titulares.

CLÁUSULA QUINTA - TEMPORALIDADE E TÉRMINO DO TRATAMENTO DOS DADOS

O titular fica ciente de que a Controladora deverá permanecer com os seus dados pelo período mínimo de guarda de documentos quando necessário para atender aos interesses legítimos do controlador ou de terceiros, inclusive quanto ao disposto na legislação pertinente, mesmo após o encerramento da Residência.

À Controladora, é permitido manter e utilizar os dados pessoais do Titular durante todo o período contratualmente firmado para as finalidades relacionadas nesse termo e ainda após o término da residência para cumprimento de obrigação legal ou impostas por órgãos de fiscalização, nos termos do artigo 16 da Lei nº 13.709/2018.

CLÁUSULA SEXTA - DIREITO DE REVOGAÇÃO DO CONSENTIMENTO

O Titular poderá revogar seu consentimento, a qualquer tempo, por e-mail (educasaude@sorocaba.sp.gov.br) ou por carta escrita para a Coordenadoria Regional de Saúde da Controladora, conforme o artigo 8º, § 5º, da Lei nº 13.709/2020.

O Titular fica ciente de que a Controladora poderá permanecer utilizando os dados para as seguintes finalidades:

- Para cumprimento, pela Controladora, de obrigações impostas por órgãos de fiscalização;
- Para o exercício regular de direitos em processo judicial, administrativo ou arbitral;
- Quando necessário para atender aos interesses legítimos do controlador ou de terceiros, exceto no caso de prevalecerem direitos e liberdades fundamentais do titular que exijam a proteção dos dados pessoais.

CLÁUSULA SÉTIMA- DA RESPONSABILIDADE DO TITULAR

O titular obriga-se a fornecer dados fidedignos, bem como, compromete-se a fornecer os dados imprescindíveis à finalidade do tratamento, sob pena de, neste caso, prejudicar a finalidade do Termo de Compromisso de Residência, assim como, no primeiro caso, incorrer em sanções legais, isentando o controlador, o operador e o encarregado de quaisquer responsabilidades.

Estando o Titular plenamente de acordo com o acima exposto subscrevem o presente Termo de Consentimento para Tratamento de Dados Pessoais.

Sorocaba, de de 2023.

Assinatura:

Nome do residente (Titular)

Coordenação Regional de Saúde