

## EXAME NACIONAL DE RESIDÊNCIA

### INFORMAÇÕES DE MATRÍCULA ENARE 2022/2023 – RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL

- **Da Instituição**

**SOROCABA PREFEITURA MUNICIPAL**

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

- **Do procedimento de matrícula na instituição**

O candidato deverá comparecer ou através de procuração, com os documentos informados abaixo, no dia 14 de fevereiro de 2023, das 8 h às 12 h, no endereço: Rua Aparecida, 244, Jardim Santa Rosália, Sorocaba-SP (CEREST/DES).

*(Matrículas de pessoas com deficiência (Item 5 do EDITAL Nº 2/2021))*

- **Dos Documentos necessários para matrícula na instituição**

Para efetuar a matrícula, o candidato deverá enviar pelo e-mail: **[matriculasresidencia@gmail.com](mailto: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:

- Cédula de identidade
- 02 (duas) fotos 3x4 coloridas e recentes
- CPF – Cadastro de Pessoa Física do Ministério da Fazenda
- Número do PIS/PASEP ou NIT ou Inscrição no INSS
- Comprovante de Residência
- Carteira expedida pelo Conselho Regional da categoria do profissional ou protocolo de solicitação
- Documento comprobatório de conclusão de curso de graduação: Diploma de Graduação ou Certificado de Conclusão de Curso emitido pela Instituição de Ensino Superior
- 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.
- Comprovante de quitação com o serviço militar
- Comprovante de quitação de obrigações eleitorais emitido a partir do dia 15/01/2023
- Cartão de vacinação atualizado e comprovação de vacinação para Coronavírus, Tétano, Sarampo, Difteria e Hepatite B
- Formulário de cadastro com dados pessoais preenchidos e assinado (conforme anexo 1)*
- Termo de compromisso com o Programa de Residência impresso, preenchido e assinado (conforme anexo 2)*
- Preencher obrigatoriamente a pré-matrícula no link: **<https://bityli.com/nuKEP>** *(caso o link não funcione, favor copiar e colar o link)*
- Cópia de comprovante de número de **CONTA CORRENTE** no nome do candidato *(conforme as orientações do anexo 03)*.
- Formulário de Termo de uso de Imagem *(anexo 4)*
- Formulário de Confidencialidade de dados *(anexo 5)*

- **Das Etapas e Prazos**

O candidato deverá comparecer ou através de procuração, com os documentos informados acima, no endereço: Rua Aparecida, 244, Jardim Santa Rosália, Sorocaba-SP (CEREST/DES), no seguinte dia e horário:

**Dia 14 de fevereiro de 2023 : 8 h as 10 h** – Res. Multi Saúde da Família – Enfermagem e Odontologia.

**14 h as 16 h** – Res. Multi Saúde Mental – Psicologia, Terapia Ocupacional e Serviço Social/ Res. Multi Saúde da Família – Terapia Ocupacional, Farmácia, Fisioterapeuta, Educação Física.

- **Das Informações adicionais**

- A matrícula deverá ser realizada pessoalmente pelo candidato, ou por meio de procuração particular com procurador nomeado para este fim, com firma reconhecida em cartório e cópia de documento de identidade do procurador. A procuração será retida na COREMU. 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.
- No ato da matrícula, o candidato deverá se comprometer em não ter vínculo empregatício atual e nem durante vigência da residência, estar ciente sobre a dedicação exclusiva exigida durante toda vigência do Programa inclusive aos finais de semanas e feriados, conforme exigência da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde.
- Aos candidatos que se graduaram em Universidade estrangeira, será exigido, além da documentação acima, a Cédula de Identidade de Estrangeiro que comprove ser portador de visto provisório ou permanente, resultando em situação regular no país e o diploma revalidado por Universidade brasileira, nos termos da legislação nacional vigente.
- 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 SINAR/SISCNRM e no SIGRESIDÊNCIAS e por parecer da COREMU/COREME.**

- **Das Informações de contato na instituição**

**Telefone de contato:** (15) 32191186

**Email:** educasaude@sorocaba.sp.gov.br

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

- **Do Responsável na Instituição**

Márcia Cristina Walter

Coordenadora Regional de Saúde  
Prefeitura Municipal de Sorocaba

# ANEXO 1



**Prefeitura de  
SOROCABA**

**Secretaria da Saúde**

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:
NºRG/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 Multiprofissional  
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 Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade de Sorocaba:

1. O prazo de vigência do Programa será de 24 meses;
2. As atividades semanais são de 60 horas, incluídos finais de semana e feriados, podendo haver alterações de acordo com a dinâmica dos cenários de prática;
3. Não exercer atividades profissionais com vínculo empregatício de qualquer natureza dedicando-se exclusivamente ao programa de residência, sob pena de desligamento;
4. Receberei uma bolsa de estudo mensal, de responsabilidade e totalmente financiada pelo Ministério da Saúde. A Prefeitura de Sorocaba-SP **não** é a responsável pelo pagamento da bolsa de estudo;
5. O Programa de Residência não implica em vínculo empregatício de qualquer natureza com a Prefeitura de Sorocaba-SP;
6. Não ser beneficiário de bolsa de estudo, de qualquer natureza de outra Instituição Pública ou Privada durante a vigência do TERMO. Declaro desde já, não ser atualmente detentor de qualquer bolsa;
7. Cumprir o Regimento do Programa e da Comissão de Residência Multiprofissional (COREMU), o Regimento da Unidade Sede, o Código de Ética profissional, as normas emitidas dos Departamentos e Serviços onde estiver realizando as atividades práticas, bem como as normas emitidas pela Secretaria Executiva de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde/SES e da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional e por Área Profissional da Saúde (CNRMS);
8. 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;
9. Atuar como articulador participativo na criação e implementação de alternativas estratégicas inovadoras no campo da atenção e gestão em saúde, imprescindíveis para as mudanças necessárias à consolidação do SUS;
10. Prestar colaboração ao serviço no qual estiver desenvolvendo as atividades, fora do horário do curso, quando solicitado e em situações de emergência;
11. Declaro estar ciente que as UBSs e demais locais de atuação dos residentes no decorrer do período da Residência Multiprofissional serão definidas pela Coordenação do Programa de Residência Multiprofissional, junto a representantes da gestão municipal de saúde, podendo haver alterações conforme necessidade.

Sorocaba, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ 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 à 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](mailto:residencias@saude.gov.br)

Seguimos à disposição.

Atenciosamente,

**Residências em Saúde**

DGRHUS/SGTES/MS



# ANEXO 4



**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 ar-

mazenados 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) Para cumprimento, pela CONTROLADORA, de cadastramento dos residentes como usuários de Sistemas de Informação e Prontuário Eletrônico em sistemas de Informação Locais, estaduais ou nacionais, ou ainda para fins de cadastro em Sistema de Informação Nacional via CNES, impostas por órgãos públicos e federais.
- e) Para cumprimento, pela CONTROLADORA, do fornecimento de informações específicas por aluno, por turma, para fins de certificação junto ao MEC;
- f) 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](mailto: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