



AREMG

Av. João Pinheiro, 161 – Sala 06 – CEP: 30130-180 – Belo Horizonte - MG

Tel.: 31 3247 1646

E-mail: contato@aremng.org.br

Home page: www.aremng.org.br

PROCESSO SELETIVO UNIFICADO DE RESIDENCIA MEDICA PARA 2018

Roteiro de instruções para navegar na página do candidato

PARTE 1 - INSCRIÇÃO

A AREMG publica um resumo de todas as vagas ofertadas, mas é importante que o candidato leia o edital de cada instituição, pois ali estão os dados oficiais das vagas ofertadas.

Após se informar sobre as vagas ofertadas e ler o edital da instituição ou instituições em que deseja se inscrever, o candidato pode passar ao processo de inscrição e para isto deve acessar o link <http://aremng.starlinetecnologia.com.br>

As inscrições serão realizadas no período de **9 à 19 de Outubro de 2017**.

O cadastro para inscrição começa sempre pelo número de CPF do candidato, a ser digitado nesta página de pré-cadastro e será exigido o envio de cópia digitalizada do documento de identificação com foto via sistema, portanto, antes de iniciar o processo de inscrição o candidato deverá digitalizar o documento com foto frente e verso formato **.pdf** ou **.jpg** para envio.

O link pré inscrição encaminha para essa página e o preenchimento deve ser sempre iniciado pelo número de CPF.



Pré-cadastro - Informe seu CPF

CPF*: (Somente números, sem pontos e traços)

[CONTINUAR](#)

Se já fez a pré-inscrição clique aqui!



AREMG


Av. João Pinheiro, 161 – Sala 06 – CEP: 30130-180 – Belo Horizonte - MG

Tel.: 31 3247 1646

E-mail: contato@aremg.org.br

Home page: www.arem.org.br

Após digitar o CPF você será direcionado para a página de cadastro.



Geral

Nome*:	<input type="text"/>	Data de Nascimento*:	<input type="text"/>
Sexo*:	<input type="text" value="Selecione"/>	E-mail*:	<input type="text"/>
Estado civil*:	<input type="text" value="Selecione"/>	Confirme E-mail*:	<input type="text"/>
Nacionalidade*:	<input checked="" type="radio"/> Brasileiro <input type="radio"/> Estrangeiro	Naturalidade*:	<input type="text"/>
Formado no Brasil*:	<input checked="" type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		
Mãe*:	<input type="text"/>		
Senha para acesso a inscrição	<input type="text"/>	Confirme a Senha	<input type="text"/>

Pessoa com Deficiência

Possui necessidade especial:	<input type="checkbox"/> NENHUMA <input type="checkbox"/> BAIXA VISÃO <input type="checkbox"/> DEFICIÊNCIA AUDITIVA <input type="checkbox"/> DEFICIÊNCIA FÍSICA <input type="checkbox"/> BAIXA VISÃO <input type="checkbox"/> DEFICIÊNCIA MULTIPLA <input type="checkbox"/> VISÃO MONOCULAR <input type="checkbox"/> SURDEZ <input type="checkbox"/> DEFICIÊNCIA INTELECTUAL <input type="checkbox"/> DISLEXIA <input type="checkbox"/> DÉFICIT DE ATENÇÃO <input type="checkbox"/> AUTISMO <input type="checkbox"/> DISCALCULIA <input type="checkbox"/> OUTRAS		
------------------------------	---	--	--

Telefones

Telefone Celular*:	<input type="text"/>	Telefone Residencial*:	<input type="text"/>
Telefone Comercial :	<input type="text"/> Ramal <input type="text"/>		

Endereço

CEP*:	<input type="text"/>	Número*:	<input type="text"/>
Logradouro*:	<input type="text"/>	Bairro*:	<input type="text"/>
Complemento:	<input type="text"/>	UF*:	<input type="text" value="Selecione"/>
Cidade*:	<input type="text"/>		

Documentação

CPF*:	<input type="text" value="64849810608"/>		
CRM:	<input type="text"/>		
Nº Identidade*:	<input type="text"/>	Órgão Emissor*:	<input type="text" value="Selecione"/>
Anexar um documento com foto*	<div>Clique aqui para enviar o arquivo!</div>		
	Tipo de arquivos aceitos: imagens ou pdf. Tamanho Máximo: até 3mb.		

GRAVAR

É preciso ter atenção ao digitar os dados na ficha, principalmente a data de nascimento, nome da mãe e e-mail, pois os mesmos serão solicitados para recuperação da senha criada.

Caso se encaixe no perfil de vagas para PCD, preencha os campos de acordo com a necessidade, inserindo o documento obrigatório de comprovação.



AREMG

Av. João Pinheiro, 161 – Sala 06 – CEP: 30130-180 – Belo Horizonte - MG

Tel.: 31 3247 1646

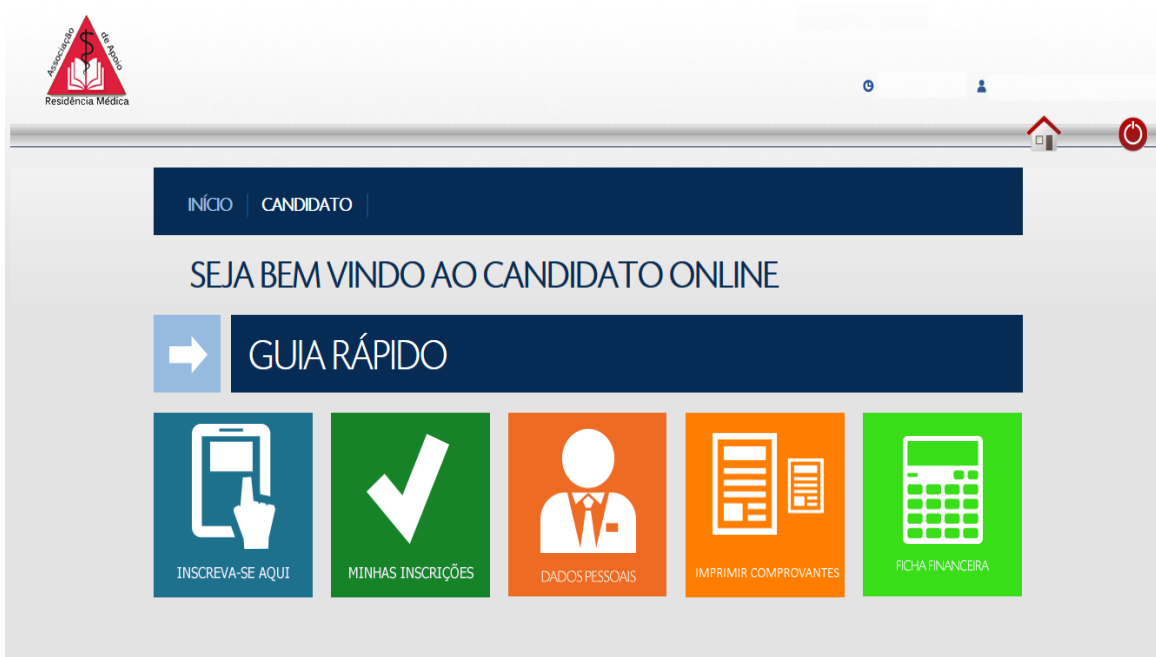
E-mail: contato@aremng.org.br

Home page: www.aremng.org.br

O e-mail e telefones serão utilizados também para eventual contato com o candidato.

A capacidade máxima permitida aos arquivos anexados é de **3MB**.

Após o cadastro correto dos dados, o candidato pode passar à realização da inscrição.



Ao se inscrever, será necessário informar os dados de formação acadêmica da graduação e residência médica cursada em caso de candidatos à vaga com pré-requisito

Todos os candidatos estrangeiros devem enviar o visto permanente e os estrangeiros ou brasileiros formados em escola no exterior, devem informar e enviar cópia do diploma revalidado ou registro definitivo no CRM – Conselho Regional de Medicina.

Candidatos a vagas com entrada direta que tenham realizado PROVAB ou Programa de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade que não tenham se matriculado em residência médica utilizando a bonificação, tem direito ao bônus. Então devem preencher o item corretamente.



AREMG

Av. João Pinheiro, 161 – Sala 06 – CEP: 30130-180 – Belo Horizonte - MG

Tel.: 31 3247 1646

E-mail: contato@aremg.org.br

Home page: www.arem.org.br

O candidato pode realizar uma inscrição por instituição e após a conclusão da inscrição será gerado um boleto conforme as instituições em que se inscrever.

Caso escolha a opção de solicitar isenção da inscrição, deve ser acrescido o motivo pelo qual você está solicitando e anexe o arquivo que comprove seu pedido e o FORMULARIO DE SOLICITAÇÃO DE ISENÇÃO, anexo a esta publicação. Caso tenha o pedido negado, no primeiro acesso à área do candidato, receberá a mensagem que seu pedido foi negado e deve finalizar a inscrição optando pelas vagas que deseja realizar o pagamento.

☒ Solicitar isenção da taxa de inscrição*

Escreva o motivo pelo qual você está solicitando a isenção:

Anexe arquivo que comprove o pedido de isenção

Clique aqui ou arraste seu arquivo para este espaço.

*Somente para hospitais públicos

VOLTAR

PARA CONCLUIR SUA INSCRIÇÃO CLIQUE AQUI

ATENÇÃO: Após concluída a inscrição nenhuma vaga pode ser acrescentada ou excluída. Apenas a ordem de preferência poderá ser alterada nos prazos previstos no edital.

Após efetuar o pagamento, o candidato deve acompanhar a validação da inscrição num prazo de 2 à 3 dias úteis, dependendo do banco em que for realizado o pagamento.

No período de **26/10/2017 a 30/10/2017** deverá ser impresso o comprovante de inscrição em que constará a data e o local da prova, incluindo o número da sala. Esse comprovante impresso deverá ser levado no dia da prova para acesso ao prédio. Como o candidato não



AREMG

Av. João Pinheiro, 161 – Sala 06 – CEP: 30130-180 – Belo Horizonte - MG

Tel.: 31 3247 1646

E-mail: contato@arem.org.br

Home page: www.arem.org.br

pode portar aparelho de eletrônico ligado no local de prova, ***não será aceito comprovante em meios digitais, mas apenas a cópia impressa.***

Posteriormente, divulgaremos complementação das instruções com dados sobre recursos, resultado da primeira etapa e convocações.