



Processo Seletivo Unificado de Residência Médica de Minas Gerais PSU 2021

Roteiro de instruções para navegar na página do candidato

INSCRIÇÃO

Conforme previsto em Edital, a Inscrição para o PSU 2020 poderá ser solicitada no período de 06/10/2020 a 20/10/2020.

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://aremg.starlinetecnologia.com.br/smartflex/>

Antes de iniciar a inscrição, o candidato deverá providenciar cópia do documento de identificação com foto, digitalizada frente e verso. **Documentos validos:** cédula de identidade, Carteira profissional, Carteira do Conselho regional de Medicina, Carteira de motorista, passaporte Imprescindível conter foto, filiação e assinatura.

O link pré inscrição (<http://aremg.starlinetecnologia.com.br/smartflex/>) 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!

Documentação	
CPF*:	95208422093
CRM:	24626 / GO ▼
Nº Identidade*:	MG-14143804
Órgão Emissor*:	Selecione ▼
Tipo de documento*:	Selecione... Selecione... Carteira de Identidade Carteira Profissional CRM Habilitação Passaporte
Anexar um documento com foto*:	Clique aqui para enviar o arquivo!
	Tipo de arquivos aceitos: imagens ou pdf. Tamanho Máximo: até 3mb. Antes de iniciar a inscrição o candidato deverá providenciar cópia do documento de identificação com foto, digitalizada frente e verso. Documentos validos: cedula de identidade, Carteira profissional, Carteira do conselho, Carteira de motorista, passaporte Imprescindível conter foto, filiação e assinatura.
<input type="button" value="GRAVAR"/>	

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

No menu **Tipo de documentação***, caso o candidato tenha selecionado o CRM, não será necessário o documento de comprovação da sua formação, em caso de inscrição para ENTRADA DIRETA.



VOLTAR AOS MENUS

Geral

Nome*:	<input type="text"/>	Data de Nascimento*:	<input type="text"/>
Sexo*:	<input type="text" value="Solteiro"/>	E-mail*:	<input type="text"/>
Estado civil*:	<input type="text" value="Solteiro"/>	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"/> DEFICIÊNCIA MÚLTIPLA <input type="checkbox"/> VISÃO MONOCULAR <input type="checkbox"/> DEFICIÊNCIA INTELLECTUAL <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"/>
Cidade*:	<input type="text"/>		

Documentação

CPF*:	<input type="text" value="88804955095"/>
Nº DO REGISTRO NO CONSELHO:	<input type="text"/> / <input type="text"/>
Nº Identidade*:	<input type="text"/>
Órgão Emissor*:	<input type="text" value="Solteiro"/>
Anexar um documento com foto*:	<div style="border: 1px dashed gray; padding: 10px; text-align: center;"> <p>Clique aqui para enviar o arquivo</p> </div> <p>Tipo de arquivos aceitos: Imagens ou pdf. Tamanho Máximo: até 3mb.</p> <p>Antes de iniciar a inscrição o candidato deverá providenciar cópia do documento de identificação com foto, digitalizada frente e verso. Documentos válidos: cédula de identidade, Carteira profissional, Nº DO REGISTRO NO CONSELHO, Carteira de motorista (HABILITAÇÃO), passaporte. Imprescindível conter foto, filiação e assinatura.</p> <p>OBS: Documento que comprove a formação Médica para entrada direta e comprovante de Residência Médica para Pre- Requisito serão solicitados na tela de Formação Acadêmica.</p>
Tipo de documento que foi anexado*:	<input type="text" value="Solteiro"/>

GRAVAR



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

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

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

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 selecionar a situação em que se adequa:

1 - Caso possua PROVAB, o candidato deverá inserir o Certificado ou declaração de previsão de término;

Participação em programa de bonificação	
<input type="radio"/> Declaro não ter participado do Programa de Valorização da Atenção Básica (PROVAB) por um ano ou concluído a residência médica Medicina de Família e Comunidade.	
<input checked="" type="radio"/> Participei do Programa de Valorização da Atenção Básica (PROVAB) por um ano ou concluí a residência médica Medicina de Família e Comunidade.	
<input type="radio"/> Utilizei a pontuação adicional do Programa de Valorização da Atenção Básica (PROVAB) ou Medicina de Família e Comunidade para entrar em residência médica.	
<input type="checkbox"/> Declaro que não me matriculei em nenhum programa de Residência Médica após aprovação utilizando bonificação.	
Nome do Programa de Bonificação*	<input checked="" type="radio"/> Programa de Valorização da Atenção Básica <input type="radio"/> Medicina de Família e Comunidade
Período de participação*	<input type="text"/> a <input type="text"/>
Enviar comprovante*	Clique aqui para enviar o arquivo!
Tipo de arquivos aceitos: imagem ou pdf. Tamanho Máximo: até 3mb.	
UF*	Selecione ▼
Município*	<input type="text"/>

OU

2 - Caso seja entrada com **Programa de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade**, deverá inserir o diploma ou a declaração do hospital com previsão de término.



Participação em programa de bonificação

Declaro não ter participado do Programa de Valorização da Atenção Básica (PROVAB) por um ano ou concluído a residência médica Medicina de Família e Comunidade.

Participei do Programa de Valorização da Atenção Básica (PROVAB) por um ano ou concluí a residência médica Medicina de Família e Comunidade.

Utilizei a pontuação adicional do Programa de Valorização da Atenção Básica (PROVAB) ou Medicina de Família e Comunidade para entrar em residência médica.

Declaro que não me matriculei em nenhum programa de Residência Médica após aprovação utilizando bonificação.

Nome do Programa de Bonificação* Programa de Valorização da Atenção Básica Medicina de Família e Comunidade

Período de participação* a

Enviar comprovante*

Tipo de arquivos aceitos: imagem ou pdf.
Tamanho Máximo: até 3mb.

Clique aqui para enviar o arquivo!

UF*

Município*

Além do documento de identificação, o candidato deverá inserir comprovante de formação:

1 - Caso seja inscrição para **entrada direta**, o candidato deverá inserir o CRM (caso não seja esta opção escolhida como identificação), diploma ou declaração do curso de previsão de término;

OU

2 - Caso seja inscrição para entrada com **pré requisito**, ao clicar em ADICIONAR RESIDENCIA deverá inserir o diploma de conclusão do pré requisito ou a declaração do curso com previsão de término;

Formação Acadêmica

Curso*:

Mês/Ano Formação* (Até 29/02/2020)

Formação Acadêmica

Estado da Residência*

Instituição*

Participação em Programa de Residência Realizadas*

Programa de Residência Realizadas*

Mês/Ano Conclusão*

UF*

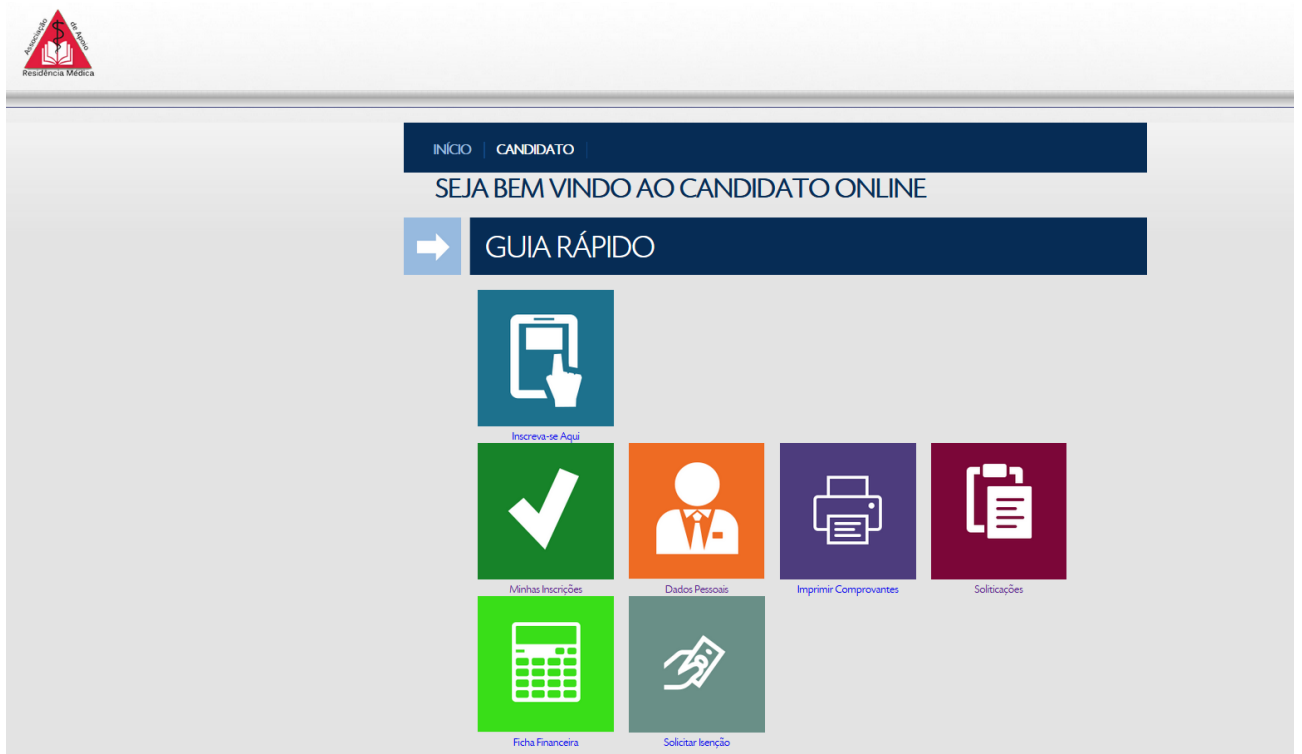
Instituição*

Anexo de comprovante (diploma ou declaração) *

Clique aqui para enviar o arquivo!



Após o cadastro correto dos dados, o candidato pode passar à realização da inscrição (INSCREVA-SE AQUI)



O candidato pode realizar **uma** inscrição por instituição.

Candidatos que tenha concluído Residência Médica Credenciada pela CNRM ou que venha concluí-la até o dia 31/03/2021, sendo liberado pela Instituição de origem para assumir nova residência a partir de 01/03/2021, **poderá fazer uma ou mais inscrições em Especialidade ou Área de Atuação que exija pré-requisito e uma inscrição em Programa de Residência Médica com entrada direta, conforme o item 3.1, desde que as inscrições impliquem na realização de no máximo 2(duas) provas.** Neste caso a ordem das provas será baseada na ordem de preferência do candidato não podendo ser alterada em nenhuma hipótese.

No mesmo momento da inscrição deverá ser preenchido o currículo e anexados os documentos comprobatórios conforme modelo de avaliação curricular (anexo 1 – programas com entrada direta ou anexo 2 – programas com pré-requisito). Candidato que enviar documentos inválidos terá inscrição pendente até o envio de documento conforme exigido. CANDIDATOS QUE TENHAM CONCLUÍDO O CURSO DE MEDICINA OU RESIDÊNCIA MÉDICA ATÉ AGOSTO DE 2020



DEVERÃO ENVIAR CÓPIA DO DIPLOMA OU REGISTRO NO CRM, NÃO SENDO ACEITA DECLARAÇÃO

Atenção: a inscrição das vagas escolhidas só será concluída após a validação dos documentos cadastrados (Documento de Identificação, comprovação de formação acadêmica, diploma revalidado) pela Coordenação.

Após a validação será possível emitir o boleto no Menu FICHA FINANCEIRA.

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 03/11/2020 a 10/11/2020 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 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.