



Processo Seletivo Unificado para Residência Médica de Minas Gerais - PSU MG 2025

Orientação para Inscrição
(Manual do Candidato)



1. Cadastro

1. Para realizar seu cadastro e acessar o sistema, clique no link abaixo: <https://aremng.starlinetecnologia.com.br/smartflex/>
2. Na tela inicial, se for o primeiro acesso, clique no botão “Se ainda não fez a pré-inscrição clique aqui!”.

LOGIN

Usuário ou CPF:

Senha:

*Esqueceu sua senha?

[Se ainda não fez a pré-inscrição clique aqui!](#)

3. Será direcionado para a tela de pré cadastro, onde deverá digitar o número do CPF

Pré-cadastro - Informe seu CPF

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

[Se já fez a pré-inscrição clique aqui!](#)



4. Preencha o formulário com suas informações pessoais.

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.

Em se tratando de **médicos brasileiros, formados por faculdades estrangeiras**, o diploma deve estar revalidado por universidade pública (conforme Resolução CNE nº 1 de 25/07/2022) devendo ser enviada via sistema cópia digitalizada do mesmo ou cópia de registro em Conselho Regional de Medicina de qualquer estado do Brasil no momento da inscrição.

Aos **médicos estrangeiros formados no Brasil ou com diploma revalidado** será exigido no ato da inscrição o envio via sistema de cópia digitalizada de visto temporário e autorização de residência por tempo indeterminado no Brasil.

Reserva de vaga para candidatos PRETOS

Para concorrer às vagas reservadas, o candidato deverá, no momento do preenchimento do Formulário de Inscrição, se declarar preto, conforme o quesito cor ou raça utilizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) sendo de exclusiva responsabilidade do candidato a opção e o preenchimento do **Anexo 3 - FORMULÁRIO DE AUTODECLARAÇÃO** para concorrer às vagas reservadas aos candidatos pretos e o posterior envio da documentação comprobatória pelo e-mail psu2025@aremg.org.br até a data final prevista para a inscrição, de acordo com as orientações disponíveis nos editais e publicações no site da AREMG www.aremg.org.br Menu **Processo Seletivo - Processo Seletivo Unificado de Residência Médica de Minas Gerais - PSU MG 2025**

Reserva de vaga para deficientes

Preencha os campos de acordo com a identificação e qualificação da deficiência, inserindo o documento obrigatório de comprovação e acompanhe a avaliação da Coordenação do Processo Seletivo.

ATENÇÃO: reserva de vaga para deficiente não garante condição especial para realização da prova. Em caso de necessidade de tais condições, devem ser solicitadas conforme especificado no item 5.12.

Geral

Nome*:	<input type="text"/>	Data de Nascimento*:	<input type="text"/>
Sexo*:	<input type="text" value="Selecione"/>	E-mail*:	<input type="text"/> <small>Informe o E-mail</small>
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"/>		
Cor ou Raça*:	<input type="text" value="Selecione"/>		
Senha para acesso a inscrição:	<input type="password" value="*****"/>		
	Regras para criação de senha Conter pelo menos uma letra maiúscula Conter pelo menos uma letra minúscula Conter números (0 a 9) Conter símbolos, incluindo: ! @ # \$ % & * \ / () Tamanho de no mínimo 8 caracteres		
Confirme a Senha:	<input type="password"/>		

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 MULTIPLA
	<input type="checkbox"/> VISÃO MONOCULAR
	<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

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

Selecio o botão **Salvar e Prosseguir**

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="21161428019"/>		
Nº DO REGISTRO NO CONSELHO:	<input type="text"/> / <input type="text"/>		
Nº Identidade*:	<input type="text"/>	Órgão Emissor*:	<input type="text" value="Selecione"/>
Anexar um documento com foto*:	<div style="border: 1px dashed gray; padding: 10px; text-align: center;">Clique aqui para enviar o arquivo!</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 validos: cedula 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 Medica para entrada direta e comprovante de Residencia Medica para Pré Requisito serão solicitados na tela de Formação Acadêmica.</p>	
	Tipo de documento que foi anexado*:		
	<input type="text" value="Selecione..."/>		

2. Formação Acadêmica

1. Formação Acadêmica

1
2 **FORMAÇÃO ACADÊMICA**
3
4
5
6

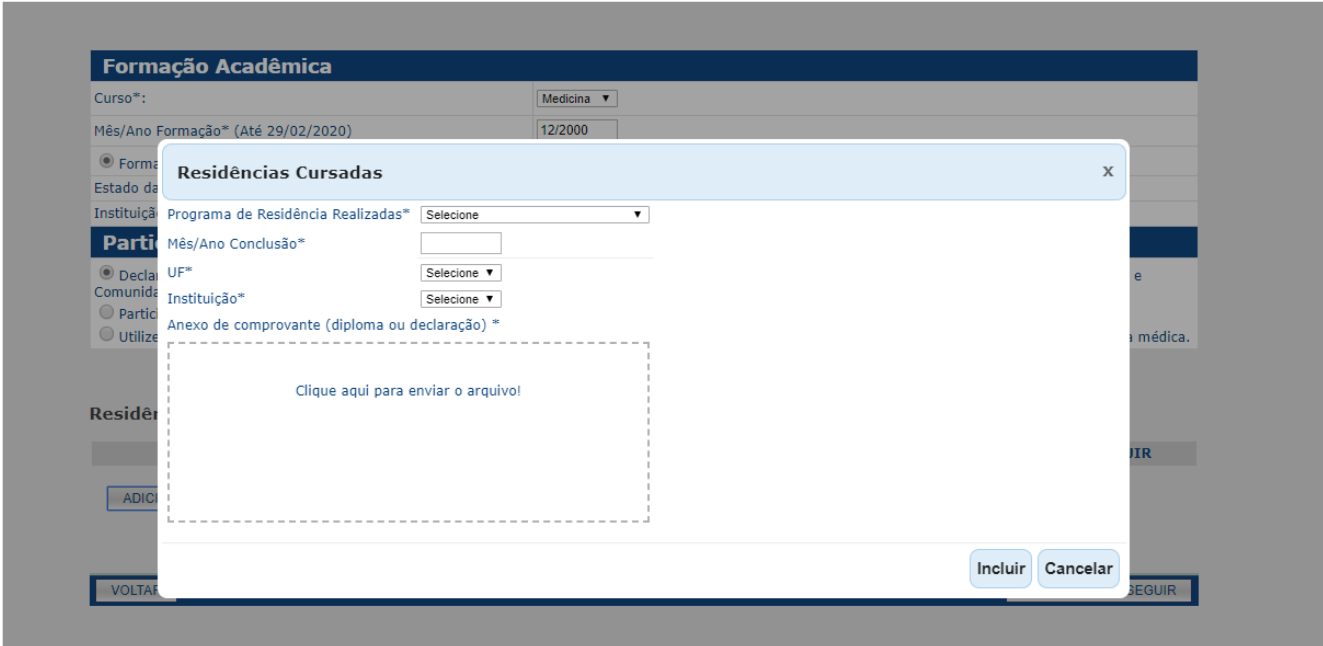
Formação Acadêmica

INSTRUÇÃO: Formação Acadêmica

Formação Acadêmica	
Curso*:	<input type="text" value="Medicina"/>
Mês/Ano Formação* (Até 28/02/2025)	<input type="text" value="12"/> / <input type="text" value="2018"/>
<input checked="" type="radio"/> Formação no Brasil <input type="radio"/> Formação no exterior	
Enviar comprovante: Diploma, Nº DO REGISTRO NO CONSELHO ou declaração* Tipo de arquivos aceitos: imagens ou pdf. Tamanho Máximo: até 3mb.	<div style="border: 1px dashed gray; padding: 10px; text-align: center;">Clique aqui para enviar o arquivo!</div>
Estado da Instituição*	<input type="text" value="MG"/>
Instituição de Ensino*	<input type="text" value="Universidade de Uberaba"/>
	Nota do Enade: 0

Para comprovação de formação acadêmica ou pré requisito:

- Para programas com **entrada direta: Diploma ou carteira do CRM ou declaração atual** que completará curso de medicina até **28 de fevereiro de 2025**;
- Para programas com entrada **com pré-requisito: Certificado de conclusão ou declaração atual** que completará o programa de residência médica até **28 de fevereiro de 2025**.



Formação Acadêmica

Curso*: Medicina

Mês/Ano Formação* (Até 29/02/2020): 12/2000

Residências Cursadas

Programa de Residência Realizadas*: Selecione

Mês/Ano Conclusão*:

UF*: Selecione

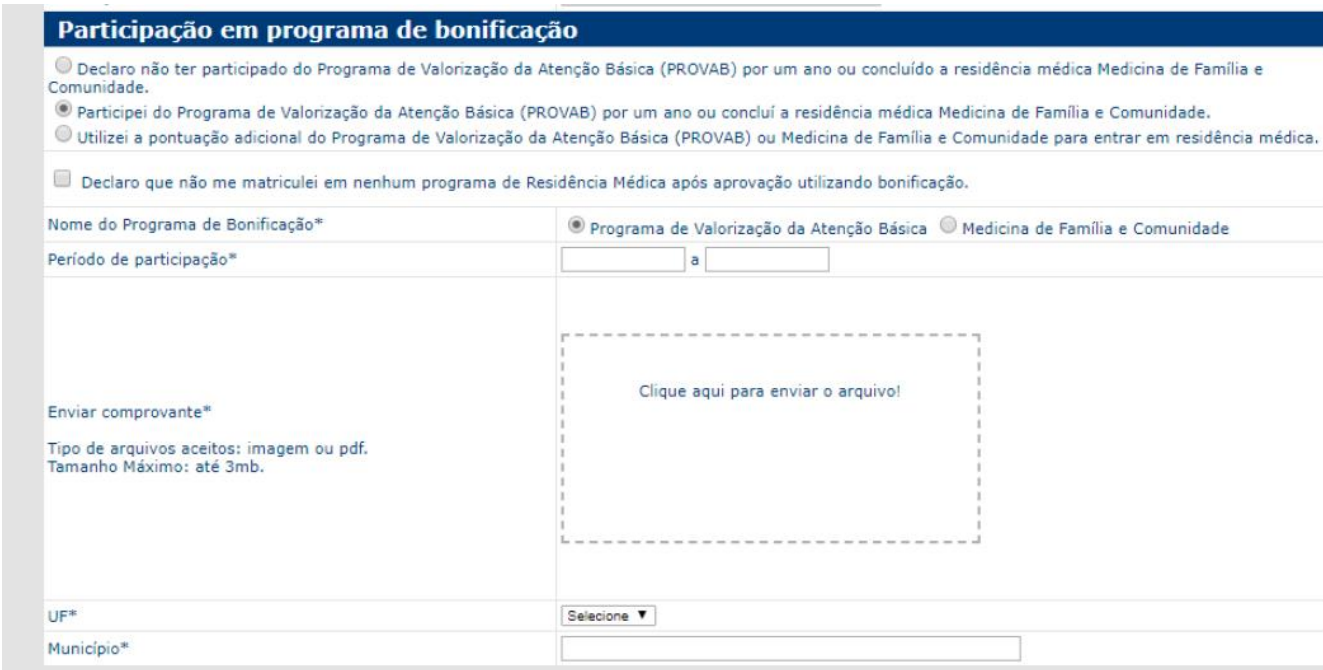
Instituição*: Selecione

Anexo de comprovante (diploma ou declaração) *

Clique aqui para enviar o arquivo!

Incluir Cancelar

2. Participação em programa de Bonificação



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* Selecione

Município* []

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:

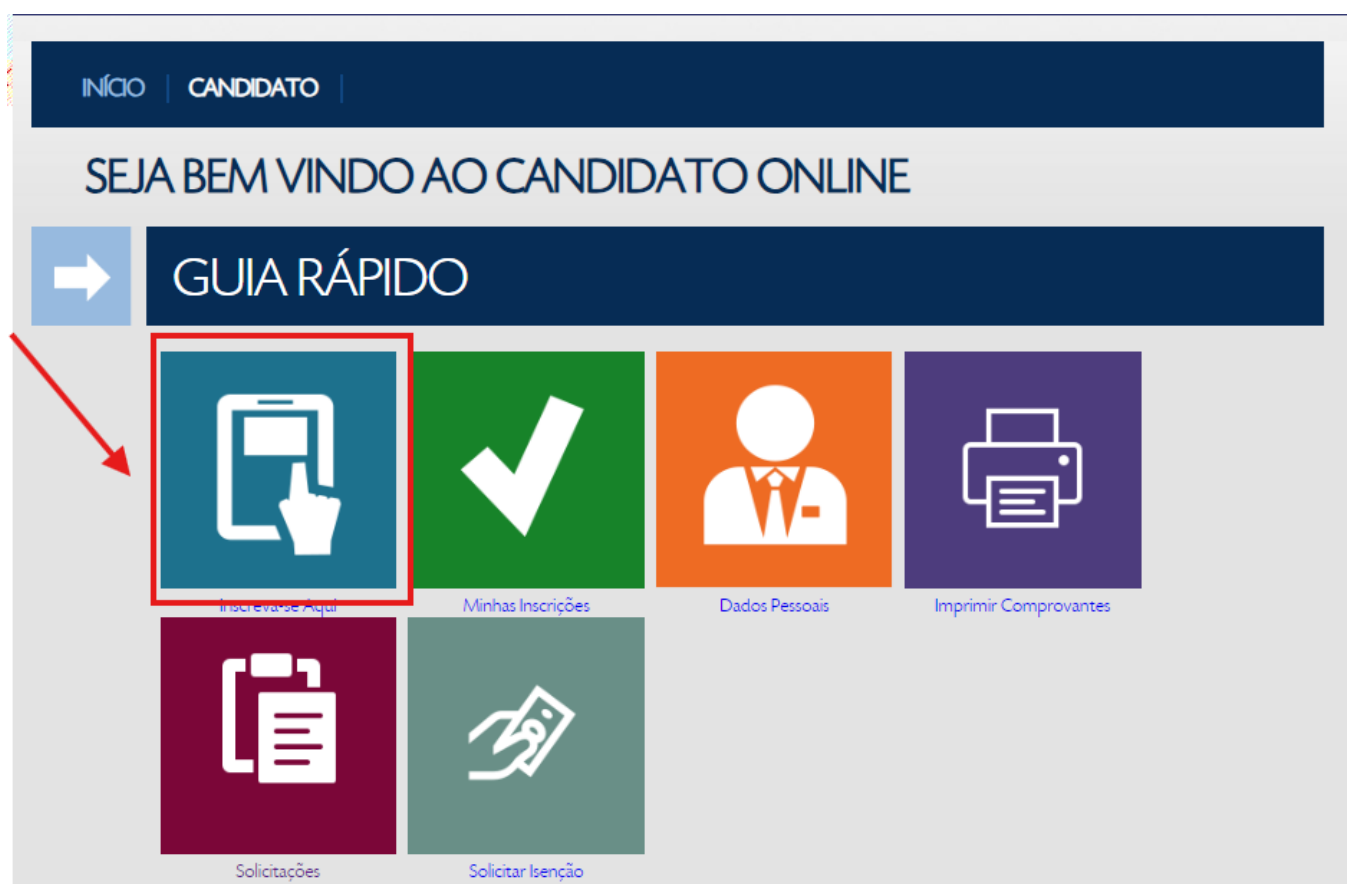
1 - Caso possua **PROVAB**, o candidato deverá preencher o período de participação e inserir o Certificado;

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.

3. Inscrição

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



The screenshot shows a web interface for candidates. At the top, there is a dark blue navigation bar with the text "INÍCIO | CANDIDATO". Below this, a light gray banner reads "SEJA BEM VINDO AO CANDIDATO ONLINE". A dark blue button with a white arrow and the text "GUIA RÁPIDO" is positioned below the banner. Underneath, there is a grid of six colored buttons with icons and labels: a blue button with a smartphone icon labeled "Inscreva-se Aqui" (highlighted with a red box and a red arrow), a green button with a checkmark icon labeled "Minhas Inscrições", an orange button with a person icon labeled "Dados Pessoais", a purple button with a printer icon labeled "Imprimir Comprovantes", a maroon button with a document icon labeled "Solicitações", and a teal button with a hand holding a card icon labeled "Solicitar Isenção".

Cliquei no botão **INSCREVA-SE AQUI**

4. Escolha as Especialidades

1 2 **3 ESCOLHA AS ESPECIALIDADES** 4 5 6

ESCOLHA AS ESPECIALIDADES

INSTRUÇÃO: *Selecione as vagas que você deseja candidatar.*

Nome [REDACTED]
CPF 21161426019

Especialidade Ginecologia e Obstetrícia
Instituição Seleção

ADICIONAR
Selecione alguma opção

Vagas Selecionadas

PREFERÊNCIA	ESPECIALIDADE	INSTITUIÇÃO	CIDADE/ESTADO	VAGAS	TAXA	EXCLUIR
1	Ginecologia e Obstetrícia	Santa Casa de Misericórdia e Maternidade de Rondonópolis	Rondonópolis/MT	4	R\$ 500,00	

* Para alterar a ordem de preferência, clique na linha e arraste para cima ou para baixo.

VOLTAR **SALVAR E PROSSEGUIR**

- *Selecione a especialidade*
- *Selecione a Instituição*
 - Clique em **ADICIONAR**

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

Candidato que tenha concluído Residência Médica Credenciada pela CNRM ou que venha concluí-la até o dia **28/02/2025**, poderá fazer uma inscrição em Especialidade com Pré-Requisito, ou Área de Atuação ou Anos Adicionais que exija pré-requisito e uma inscrição em Programa de Residência Médica com Entrada Direta para cada instituição, conforme o item 3.1, desde que as inscrições impliquem na realização de no máximo 2 (duas) provas.

Após selecionar **TODAS** as especialidades que tem interesse em concorrer, CLIQUE no botão **SALVAR E PROSSEGUIR**.

Atenção: Será gerado um único boleto com TODAS as vagas escolhidas.

5. Local de prova

Escolho a cidade de preferência para realização da prova.

6. Concluir Inscrição

Confira seus dados e as especialidades/Instituições que selecionou.

Após a conclusão apenas a ordem de preferência poderá ser alterada conforme previsto em edital. Nenhuma área poderá ser acrescentada nem excluída.

Leia atentamente todos os avisos exibidos na tela



aremng.starlinetecnologia.com.br diz

Tem certeza que deseja concluir a inscrição? Após a conclusão apenas a ordem de preferência poderá ser alterada conforme previsto em edital. Nenhuma área poderá ser acrescentada nem excluída.

MATRÍCULA ONLINE

VOLTAR AOS MENUS

1 2 3 4 5 CONCL

CONCLUIR INSCRIÇÃO

Confirme seus dados abaixo. Após a conclusão apenas a ordem de preferência poderá ser alterada conforme previsto em edital. Nenhuma área poderá ser acrescentada nem excluída.

Nome	KATIANE TESTE
CPF	21161426019
Local de Prova	CUJABA

ORDEM ESPECIALIDADE	INSTITUIÇÃO
1 Ginecologia e Obstetria	Santa Casa de Misericórdia e Maternidade de Rondonópolis

VOLTAR

PARA CONCLUIR SUA INSCRIÇÃO CLIQUE AQUI

7. Avaliação Curricular

No mesmo momento da inscrição deverá ser preenchido o currículo e anexados documentos comprobatórios conforme modelo de avaliação curricular (**anexo 1 – programas com entrada direta ou anexo 2 – programas com pré-requisito**).

SEJA BEM VINDO AO CANDIDATO ONLINE



GUIA RÁPIDO



Inscreva-se Aqui



Minhas Inscrições



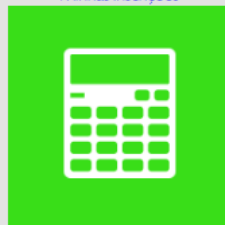
Dados Pessoais



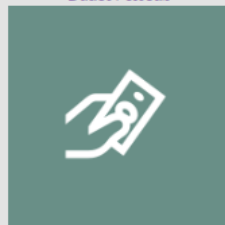
Imprimir Comprovantes



Solicitações



Ficha Financeira



Solicitar Isenção

Cadastrar Currículo

Lembrando que é necessário concluir o currículo e enviar para a análise.

A opção "Apenas salvar posteriormente editar o preenchimento" não gera o boleto.

- Ao clicar em **CONCLUIR E ENVIAR PARA ANÁLISE** não será possível alterar nenhum dado ou documento posteriormente. Revise antes de concluir.

12.a.01 (uma) participação como autor ou coautor de livro técnico da área médica já publicado, EXCLUINDO-SE livros sem ficha catalográfica, publicações como manuais de procedimentos ou similares, questões de provas comentadas, publicações internas de Instituições, ou outras publicações equivalentes.

12.b. Não possuo documento para este item 0,00 pontos/0,50 pontos

← Esta é a última página do currículo. O que você deseja fazer?

→ Caso você não complete o preenchimento dentro do prazo previsto, o currículo será enviado automaticamente com os documentos inseridos até aquele momento. Após enviado o currículo, não pode ser alterado e nenhum outro documento poderá ser acrescentado.



8. Atenção:

Leia atentamente todos os avisos exibidos na tela.

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

Seus documentos serão verificados para validar sua inscrição. Após a validação, preencha o currículo, envie os comprovantes, gere o boleto e faça o pagamento para confirmar sua inscrição.

Após efetuar o pagamento, o candidato deve acompanhar a baixa do pagamento que ocorre no prazo de 2 à 3 dias úteis, dependendo do banco em que for realizado o pagamento.