



HOSPITAL DE REABILITAÇÃO  
DE ANOMALIAS CRANIOFACIAIS  
UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

## DOCUMENTOS OBRIGATÓRIOS PARA MATRÍCULA 2025

### Programa de Residência Médica em Otorrinolaringologia

Período: março de 2025 a fevereiro de 2028 (05 vagas)

### MATRÍCULAS: 25 a 27/02/2024, das 9h às 15h30

No caso de matrícula por procuração, a mesma deverá ter firma reconhecida em cartório e o procurador deverá apresentar o próprio documento de identidade.

#### O candidato aprovado deverá entregar a seguinte documentação no ato da matrícula:

1. Formulário cadastral de matrícula, devidamente preenchido, impresso e assinado, disponível no site do HRAC-USP (<https://hrac.usp.br/processos-seletivos/extensao/>).

2. Declaração de acumulação de matrícula, devidamente preenchido, impresso e assinado, disponível no site do HRAC-USP (<https://hrac.usp.br/processos-seletivos/extensao/>).

3. Para brasileiros(as): uma cópia legível da cédula de identidade (RG), preferencialmente emitida nos últimos 10 anos.

3.1. Para estrangeiros(as): uma cópia legível da carteira de Registro Nacional Migratório (CRNM) e cópia autenticada do visto temporário no Brasil (exceto para o cidadão estrangeiro que comprove ter nascido em um dos países-membros ou associados do Mercosul, que tenham assinado e ratificado o Acordo de Livre Residência com o Brasil, nos termos do Decreto nº 6.964, de 29 de setembro de 2009, e do Decreto nº 6.975, de 7 de outubro de 2009, nos termos da Resolução CFM 2.2162/2018).

4. Uma cópia legível do diploma (FRENTE E VERSO) ou declaração, com data recente (a partir de agosto/2024), de que **colou grau** ou está concluindo o curso de graduação em Medicina, **até a data de início do Programa de Residência Médica**, expedidos por escola médica do Brasil reconhecida pelo Ministério da Educação.

4.1. Para graduados(as) no exterior: uma cópia legível do diploma de graduação em Medicina (FRENTE E VERSO), expedido por escola médica do exterior e documento de revalidação do mesmo por universidade pública competente no Brasil, na forma da legislação vigente.

5. Uma cópia legível do CPF próprio ou impressão de inscrição do CPF, extraída do sítio eletrônico da Receita Federal.

6. Uma cópia legível da carteira de registro definitivo do CREMESP (Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo) ou, para aqueles em processo de transferência, devem

apresentar uma cópia do CRM. O residente que não possuir a carteira de registro do CREMESP deverá obrigatoriamente entregar uma cópia legível do protocolo de inscrição do CREMESP no **ato da matrícula**.

**6.1.** Para graduados(as) no exterior: uma cópia legível do registro junto ao Conselho Regional de Medicina (CRM).

**7.** Uma cópia legível do comprovante de inscrição junto ao INSS ou comprovante do NIT (Número de Identificação do Trabalhador) ou do PIS/PASEP.

**8.** Uma cópia legível do comprovante do Cartão Nacional de Saúde (CNS), que poderá ser obtido no site <https://portaldocidadao.saude.gov.br/portalcidadao/areaCadastro.htm>.

**9.** Uma cópia legível do Título de Eleitor e do comprovante de quitação com as obrigações eleitorais.

**10.** Uma cópia legível do comprovante de endereço atual.

**11.** Uma cópia legível do documento de reservista ou de dispensa do Serviço Militar Obrigatório, para os participantes de sexo masculino.

**12.** O residente deverá abrir uma **conta corrente individual ativa e um banco que será indicado no momento da matrícula. A conta bancária deverá ser em nome do bolsista.**

**13. Atestado médico original** que comprove as vacinações completas **ou** contraindicação formal às mesmas por motivo de saúde, para as seguintes doenças:

- Tétano- vacinação completa - 3 doses, sendo a última ou reforço vacinal com dT nos últimos 10 anos;
- MMR ou SSR (sarampo, caxumba e rubéola) - 2 doses a partir de 1 ano de idade;
- Varicela (catapora) - 2 doses a partir de 15 meses de idade (ou histórico de varicela);
- Hepatite B - 3 doses;
- Febre amarela - 1 dose;
- Covid-19 - 4 doses.

Atenção: **não será aceita cópia de carteira de vacinação.**

**14.** Uma foto 3x4 recente e colorida, identificada no verso.

**15.** No caso de impedimento do(a) candidato(a), a matrícula poderá ser realizada por procurador(a) habilitado(a) com poderes específicos para tal fim, o qual deverá entregar cópia reprográfica de seu documento de identidade.

**16.** Os documentos de matrícula serão recebidos neste ato, entretanto, a matrícula somente será efetivada após a verificação e comprovação dos documentos apresentados.



HOSPITAL DE REABILITAÇÃO  
DE ANOMALIAS CRANIOFACIAIS  
UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

## CANDIDATOS APROVADOS E CONVOCADOS PARA MATRÍCULA

1 – Victória Soares de Souza	Assinatura: _____
2 – Ligia Gonzalez de Paiva	Assinatura: _____
3 – Vinicius Areia Garcia	Assinatura: _____
4- Heitor Filipe Surlo	Assinatura: _____
5- Filiph Fernandes de Sousa Matos	Assinatura: _____

### ORIENTAÇÃO PARA NÓS QUANDO FIZERMOS A MATRÍCULA

#### Para os três primeiros matriculados:

Uma cópia do comprovante de **conta corrente individual ativa no Banco do Brasil. A conta bancária deverá ser em nome do bolsista.** Obs.: aqueles que não possuírem conta nesse banco, no **ato da matrícula** devem solicitar declaração para abertura de conta bancária.

#### Para os dois últimos matriculados:

Uma cópia do comprovante de **conta corrente individual ativa nos Bancos Credenciados: 033-Santander ou 237-Bradesco. A conta bancária deverá ser em nome do bolsista.** Obs.: aqueles que não possuírem conta nesse banco, no **ato da matrícula** devem solicitar declaração para abertura de conta bancária.

#### **17. Para recebimento da Bolsa de Estudos, após realizar a matrícula:**

É **responsabilidade do residente** completar o cadastro no Sig-Residências com informações pessoais, de pagamento e senha. O cadastro incompleto pode impedir o recebimento da bolsa.

#### **Passos para cadastro/atualização:**

1. Acesse o sistema com **CPF** e **SENHA** e clique em “ENTRAR”.
2. Na página inicial, clique em “Meus dados” no menu superior à esquerda.
3. Clique em “EDITAR CADASTRO”, faça as alterações necessárias e salve.

#### **Requisitos da conta para pagamento:**

- Conta corrente nos Bancos Credenciados: **033-Santander** ou **237-Bradesco**.
- A conta deve estar **ativa**, ser **individual** (não conjunta) e sem limite para recebimento.

Observações:



HOSPITAL DE REABILITAÇÃO  
DE ANOMALIAS CRANIOFACIAIS  
UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

1. Em caso de dúvidas, consulte o Manual no rodapé da página inicial do SIG-RESIDÊNCIAS.
2. **Desabilite o tradutor do navegador** ao acessar o sistema, pois pode causar inconsistências.
3. Em caso de erro, envie o **print da tela** para o e-mail [residencias@saude.gov.br](mailto:residencias@saude.gov.br).