

**2º EDITAL DE CONVOCAÇÃO À MATRÍCULA PARA NOVA OPÇÃO DE ESPECIALIDADE  
VAGAS REMANESCENTES PARA O  
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CIÊNCIAS MÉDICAS**

**PROCESSO SELETIVO DE RESIDÊNCIA MÉDICA 2021**

O Instituto Agos, instituição mantida pela Fundação Educacional Lucas Machado (FELUMA), diante das vagas remanescentes relacionadas no quadro abaixo e em conformidade com o item 9.10 do edital do processo seletivo de Residência Médica 2021, comunica a abertura do processo de remanejamento, destinado aos candidatos aprovados e excedentes não matriculados em especialidade deste processo seletivo.

ESPECIALIDADE	VAGA(S) EM ABERTO
Cardiologia	1
Cirurgia Vasculuar	1
Medicina Intensiva	2

**O candidato poderá manifestar o interesse em matricular-se em uma nova opção de especialidade/hospital, ainda que não a tenha escolhido na inscrição inicial, observado o requisito de ter realizado o mesmo tipo de prova no processo seletivo de Residência Médica 2021 (vide anexo I).** O interesse pela vaga deverá ser manifestado pelo candidato por meio do envio de e-mail para [institutoagos@feluma.org.br](mailto:institutoagos@feluma.org.br), seguindo as orientações e prazos abaixo:

**1. Período para manifestação de interesse à vaga remanescente:**

Período para o envio da manifestação de interesse na vaga para o e-mail <a href="mailto:institutoagos@feluma.org.br">institutoagos@feluma.org.br</a> , contendo o nome completo do candidato, CPF, hospital e especialidade pretendida	Do dia <b>11/03/2021</b> até as 16h do dia <b>12/03/2021</b>
Divulgação do resultado final, com a classificação dos candidatos interessados, no site <a href="http://residenciaespecializacao.institutoagos.com.br">residenciaespecializacao.institutoagos.com.br</a>	<b>15/03/2021</b>
Realização da matrícula on-line	<b>15 e 16/03/2021</b>

**Observações:**

- 1.1** Tendo determinada especialidade o interesse manifestado de mais candidato do que o número de vagas disponíveis, prevalecerá, para fins de classificação e efetivação da matrícula, o candidato que tiver obtido a maior nota na prova objetiva no resultado final do processo seletivo. Persistindo o empate, o desempate será em favor do candidato mais velho.

## 2. Documentação para matrícula:

- 2.1.** Todos os procedimentos para a realização e efetivação da matrícula deverão ser realizados pelos candidatos selecionados dentro do número de vagas, exclusivamente pela internet, por meio do sistema online de matrícula da Pós-Graduação Ciências Médicas-MG, seguindo, obrigatoriamente, o **Tutorial de Matrícula** (divulgado no site [residenciaeespecializacao.institutoagos.com.br](http://residenciaeespecializacao.institutoagos.com.br)) e os prazos e orientações estabelecidos no presente Edital, sob pena de indeferimento da matrícula. **É de única e exclusiva responsabilidade do candidato** o acompanhamento de todos os procedimentos bem como da verificação da sua caixa de e-mail, inclusive caixa de spam.
- 2.2. Não é permitida, ao candidato aprovado, a realização de matrícula em mais de um programa. Caso o candidato convocado já esteja matriculado em outro programa de Residência Médica, deverá proceder ao cancelamento da matrícula, até 15/03/2021, antes de se matricular em outra especialidade/hospital. A realização de matrícula em mais de um programa, implicará perda da vaga.**
- 2.3.** Os candidatos selecionados deverão anexar via sistema (o link de acesso será enviado por meio do e-mail cadastrado no ato da inscrição até o dia **15/03/2021**) a documentação exigida no item 2.3 deste Edital, a partir do dia **15/03/2021** até às 23h59min do dia **16/03/2021**.
- 2.4.** Serão exigidas para a matrícula, cópia simples dos seguintes documentos:
- 2.4.1. Carteira de Identidade ou RNE (Registro Nacional de Estrangeiro) no caso de candidato estrangeiro (frente e verso);  
Observação: O candidato que apresentar, no ato da matrícula, a Carteira de Identidade Profissional do Conselho Regional de Medicina de Minas Gerais - CRM-MG (frente e verso), fica dispensado de apresentar a Carteira de Identidade.
- 2.4.2. CPF;  
Observação: O candidato que apresentar, no ato da matrícula, a Carteira de Identidade Profissional do Conselho Regional de Medicina de Minas Gerais - CRM-MG (frente e verso), fica dispensado de apresentar o CPF.
- 2.4.3. Certidão de Nascimento ou de Casamento;
- 2.4.4. 01 (uma) foto 3x4 recente/legível (colorida e com fundo branco);
- 2.4.5. Comprovante de endereço atualizado (conta de água, luz ou telefone – emitido há, no máximo, 90 dias);
- 2.4.6. Cartão de vacina atualizado contendo vacinas contra Hepatite B (3 doses) ou anti-HBS positivo e Tétano/Difteria (validade de 10 anos);
- 2.4.7. Comprovante do número do PIS/PASEP/INSS;
- 2.4.8. Comprovante de regularidade com o Serviço Militar frente e verso (exceto para candidato estrangeiro);
- 2.4.9. Título de Eleitor e comprovante de votação da última eleição frente e verso (exceto para candidato estrangeiro);
- 2.4.10. Atestado de antecedentes criminais emitido pela Polícia Civil do Estado de Minas Gerais (data de emissão não superior a 30 dias), que poderá ser emitido por meio do portal eletrônico ou pessoalmente nos terminais de autoatendimento, disponíveis nas Unidades Integradas de Atendimento da Polícia Civil;

- 2.4.10.1. Caso o candidato seja domiciliado em outro Estado, o atestado de antecedentes criminais deverá ser emitido pela Polícia Civil do Estado de domicílio à época da inscrição no processo seletivo.
- 2.4.11. Certidão de antecedentes criminais emitido pelo Departamento de Polícia Federal (data de emissão não superior a 30 dias) que poderá ser emitido por meio do portal eletrônico <http://www.pf.gov.br/servicos-pf/antecedentes-criminais>;
- 2.4.12. Carteira de Identidade Profissional do Conselho Regional de Medicina de Minas Gerais - CRM-MG (frente e verso);
- 2.4.12.1. Nos casos de transferência de estado, será aceito o protocolo da solicitação da transferência para o Conselho Regional de sua profissão no Estado de Minas Gerais, desde que contenha o número do Registro do Conselho Regional do estado de origem.
- 2.4.12.2. Na ausência da Carteira de Identidade Profissional, será aceito o protocolo de requerimento da inscrição no Conselho Regional de sua profissão no Estado de Minas Gerais.
- 2.4.12.3. Nos casos dispostos nos itens 2.4.12.1 e 2.4.12.2, o Registro definitivo do Conselho Regional de Minas Gerais deverá ser apresentado no hospital em que o candidato for matriculado e na Pós-Graduação Ciências Médicas-MG, em até **15 (quinze) dias** após o início do candidato no programa. Caso deixe de apresentá-lo no referido prazo, o candidato terá sua matrícula cancelada, sendo convocado para a vaga o candidato subsequente na ordem de classificação do processo seletivo.
- 2.4.13. Diploma de graduação (frente e verso) ou, para efeitos de matrícula, poderá ser aceita declaração de conclusão ou, ainda, declaração de previsão de conclusão, caso não tenha o diploma, constando a data de início e término do curso, procedente de instituição de ensino autorizada pelo MEC (conforme modelo disponível nos anexos II e III, respectivamente, que deverá ser usado preferencialmente);
- Observação:** Os candidatos que apresentarem a declaração de conclusão ou a declaração de previsão de conclusão, deverão, obrigatoriamente, entregar o diploma de graduação na Pós-Graduação Ciências Médicas-MG, até o dia 30/03/2021, sob pena de cancelamento da matrícula.
- 2.4.14. Certificado do programa exigido como pré-requisito (frente e verso). Neste documento, deverá constar que o programa é credenciado pela CNRM/MEC, o número de credenciamento pela CNRM, a data do início e do término da residência até 28/02/2021 (conforme modelo disponível em anexo IV e V, que deverá ser usado preferencialmente).
- 2.4.14.1. O término do programa exigido como pré-requisito deverá ser inferior a data de início do programa (vide item 10.3 do Edital de Inscrição do Processo Seletivo de Residência Médica 2021).
- 2.4.14.2. Os candidatos que apresentarem a declaração de conclusão ou a declaração de previsão de conclusão, deverão, obrigatoriamente, entregar o certificado do programa exigido como pré-requisito na Pós-Graduação Ciências Médicas-MG, até 30/03/2021, sob pena de cancelamento da matrícula.

2.4.15. Para candidato estrangeiro ou candidato brasileiro formado em faculdade estrangeira, **deverá ser entregue o diploma revalidado** por universidade pública brasileira (frente e verso), conforme legislação vigente, assim como o visto permanente ou de estudante no país e comprovação de proficiência em língua portuguesa. No caso de candidato estrangeiro 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 6.964/09 e do Decreto nº 6.975/09, fica desobrigado da comprovação do visto de permanência, mas deve apresentar o documento de autorização de residência concedido com base no Acordo.

2.4.16. Termo de compromisso preenchido e assinado (anexo VI deste edital).

- 2.5.** Os documentos exigidos no item 2.4 deste Edital, deverão ser anexados em formato PDF, JPEG ou PNG (imagens).
- 2.6.** É responsabilidade exclusiva do candidato a realização e conferência do envio da documentação, conforme itens 2.4 e 2.5 deste Edital, não se responsabilizando a Pós-Graduação Ciências Médicas-MG e o Instituto Agos caso o prazo e o procedimento não sejam corretamente cumpridos e realizados.
- 2.7.** Os documentos enviados dentro do prazo (itens 2.3 e 2.4 deste Edital) serão analisados pela Pós-Graduação Ciências Médicas-MG e, havendo necessidade, poderá ser solicitado ao candidato, no dia **17/03/2021**, o acréscimo ou a alteração de qualquer documento que, neste caso, deverá:
- 2.7.1. Acessar o link do sistema que será encaminhado no e-mail informado no ato da inscrição e anexar o documento pendente. O procedimento deverá ser realizado exclusivamente no dia **18/03/2021**, não sendo possível a sua regularização após o prazo estipulado.
- 2.8.** Na ausência da apresentação de qualquer documento exigido no item 2.4 deste Edital ou o envio fora dos prazos estabelecidos nos itens 2.3 ou 2.7.1 deste edital, o candidato selecionado perderá o direito à vaga.
- 2.9.** Até o dia **19/03/2021**, o candidato selecionado que tenha preenchido os requisitos e cumprido os prazos conforme itens 2.3 e 2.7.1 deste Edital, receberá um e-mail informando a respeito da sua confirmação de matrícula.
- 2.10.** Não será admitida, em hipótese alguma, matrícula sob condição de posterior atendimento das exigências previstas neste Edital.
- 2.10.1. É **responsabilidade exclusiva do candidato** o acompanhamento do resultado da seleção, divulgado conforme item 1 deste Edital, bem como a verificação da caixa de e-mail no qual será encaminhada o link de acesso à matrícula no programa de residência.
- 2.11.** O programa de Residência Médica terá início no dia 22/03/2021.

Belo Horizonte, 10 de março de 2021.

DocuSigned by:  
*Wagner Eduardo Ferreira*  
50EC05F80E4144E...  
**DR. WAGNER EDUARDO FERREIRA**  
Presidente da FELUMA

DocuSigned by:  
*Marcelo Miranda*  
B6668FCD378F4E0...  
**PROF. MARCELO MIRANDA E SILVA**  
Diretor-Geral da Pós-Graduação Ciências Médicas-MG

DocuSigned by:  
*Ana Carolina da Cunha Lima Julianetti*  
C094D176432D4F1...  
**ANA CAROLINA DA CUNHA LIMA GIULIANETTI**  
Diretora Geral do Instituto Agos

**ANEXO I****TIPOS DE PROVAS**

<b>HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CIÊNCIAS MÉDICAS</b>		
<b>ESPECIALIDADE</b>	<b>PRÉ-REQUISITO</b>	<b>TIPO DE PROVA</b>
Cardiologia	Programa de residência médica em Anestesiologia ou Cirurgia Geral ou Clínica Médica	Específica de Clínica Médica (vide item 5.5 do edital do processo seletivo de Residência Médica 2021)
Cirurgia Vascular	Programa de residência médica em Cirurgia Geral	Específica de Cirurgia Geral (vide item 5.5 do edital do processo seletivo de Residência Médica 2021)
Medicina Intensiva	Programa de residência médica em Clínica Médica	Específica de Medicina Intensiva (vide item 5.5 do edital do processo seletivo de Residência Médica 2021)

## ANEXO II

### DECLARAÇÃO DE CONCLUSÃO DE CURSO / GRADUAÇÃO

Declaramos para os devidos fins que (**NOME COMPLETO DO ALUNO**) nascido (a) em **XX/XX/XXXX**, natural da cidade de **XXXXXXXXXXXXXX**, portador (a) da Identidade **XXXXXXXXXXXXXX**, CPF **XXX.XXX.XXX-XX**, concluiu o curso de **XXXXXXXXXXXXXX**, reconhecido pela Portaria MEC nº XXX, publicada no DOU nº XXX, no período de **XX** de **XXXXXX** de **XXXX** a **XX** de **XXXXXX** de **XXXX** nesta Faculdade, tendo colado grau no dia **XX** de **XXXXXX** de **XXXXXX**.

Belo Horizonte, XX de XXXXX de 20XX.

---

Informar nome do Setor Responsável  
Nome completo da Instituição de Ensino  
Assinatura e Carimbo

**Observação: Documento deverá ser emitido em papel timbrado da Instituição de Ensino.**

### **ANEXO III**

#### **DECLARAÇÃO PREVISÃO DE CONCLUSÃO DO CURSO DE GRADUAÇÃO**

Declaramos para os devidos fins que (**NOME COMPLETO DO ALUNO**) nascido (a) em **XX/XX/XXXX**, natural da cidade de **XXXXXXXXXXXXXXXX**, portador (a) da Identidade **XXXXXXXXXXXX**, CPF **XXX.XXX.XXX-XX**, encontra-se regularmente matriculado (a) e frequente no curso de **XXXXXXXXXXXX**, reconhecido pela Portaria MEC nº XXX, publicada no DOU nº XXX, no período de **XX** de **XXXXX** de **XXXX** com previsão de término para **XX** de **XXXXXX** de **XXXX** nesta Faculdade, com colação de grau prevista para data **XX** de **XXXXXX** de **XXXXX**.

Belo Horizonte, XX de XXXXX de 20XX.

---

Informar nome do Setor Responsável  
Nome completo da Instituição de Ensino  
Assinatura e Carimbo

**Observação: Documento deverá ser emitido em papel timbrado da Instituição de Ensino.**

## ANEXO IV

### DECLARAÇÃO DE CONCLUSÃO DE CURSO RESIDÊNCIA

Declaramos para os devidos fins que **(NOME COMPLETO DO ALUNO)**, portador (a) da Identidade **XXXXXXXXXXXXXX**, CPF **XXX.XXX.XXX-XX**, concluiu a residência em **XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX**, realizado no Hospital **XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX** no período de **XX** de **XXXXXX** de **XXXXXX** a **XX** de **XXXXXX** de **XXXX**, com carga horária total de **XXXX** (nº por extenso) horas.

Belo Horizonte, XX de XXXXX de XXXX.

---

Informar nome do Setor Responsável  
Nome completo do Hospital/Instituição de Ensino  
Assinatura e Carimbo

**Observação 1: Para o comprovante de Residência, o documento deve conter o número de credenciamento da especialidade no CNRM.**

**Observação 2: Documento deverá ser emitido em papel timbrado do hospital/Instituição de Ensino.**

## ANEXO V

### DECLARAÇÃO DE PREVISÃO - CONCLUSÃO DE CURSO RESIDÊNCIA

Declaramos para os devidos fins que **(NOME COMPLETO DO ALUNO)**, portador (a) da Identidade **XXXXXXXXXXXXX**, CPF **XXX.XXX.XXX-XX**, encontra-se regulamente matriculado (a) e frequente na residência em **XXXXXXXXXXXXXXXXXX**, realizado no Hospital **XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX** no período de **XX** de **XXXXXX** de **XXXXXX** com previsão de término para **XX** de **XXXXXX** de **XXXX**, com carga horária total de **XXXX** (nº por extenso) horas.

Belo Horizonte, XX de XXXXX de XXXX.

---

Informar nome do Setor Responsável  
Nome completo do Hospital/Instituição de Ensino  
Assinatura e Carimbo

**Observação 1: Para o comprovante de Residência, o documento deverá conter o número de credenciamento da especialidade no CNRM.**

**Observação 2: Documento deverá ser emitido em papel timbrado do Hospital/Instituição de Ensino.**

## ANEXO VI

### Termo de Responsabilidade para Dados Cadastrais e-Social

Pelo presente termo de responsabilidade e de responsabilidade cadastral para o e-social, informo que recebi informação enviada pela Fundação Educacional Lucas Machado – FELUMA nesta data sobre a necessidade de se efetivar o cadastramento. Esse cadastramento deverá ser realizado através do **link:<http://consultacadastral.inss.gov.br/Esocial/pages/index.xhtml>** e visa cumprir os requisitos do Decreto n.º 8.373/14. Referido Decreto determina que a verificação da regularidade dos dados cadastrais é obrigatória e deverá ser evidenciada junto a documentação exigida. Declaro ainda que em caso de inconsistência, assumo a responsabilidade da verificação cadastral e correção dos dados no prazo 10 (dez) dias após matrícula.

Declaro recebida as informações e isento a FELUMA e seus Institutos de qualquer responsabilidade jurídica e civil em caso de não realizado o cadastro conforme determinado pelo Decreto e mediante as informações prestadas pela FELUMA.

Belo Horizonte, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

Assinatura: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

PRS-SDP-001