

**COMUNICADO Nº 11/2019
A TODOS OS NOVOS RESIDENTES**

Parabéns por sua conquista!

A Comissão Municipal de Residências (COMURE) informa que seguindo recomendação da Comissão Estadual de Residência Médica do Estado de São Paulo (CEREM/SP), a matrícula junto à Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM), órgão responsável pela normatização e regulamentação das leis de Residências, será realizada com a inserção de seu CPF pela Secretaria da COREME, em sistema próprio do MEC.

Sua inserção como residente em qualquer das COREMEs da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, no sistema do CNRM, somente será possível caso você não tenha realizado sua matrícula em qualquer outra COREME do país.

Caso você esteja matriculado em outra COREME e tenha interesse em realizar sua escolha de vaga em nossa seleção pública será necessário preencher e imprimir o “TERMO DE DECLARAÇÃO DE MATRICULA PRÉVIA EM PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MÉDICA”, anexo a este Comunicado, em 02 (duas) vias de igual teor, através do qual declara já estar matriculado previamente em outra COREME, e, concomitante a isso, terá 24 horas para solicitar o seu desligamento junto a qualquer outra COREME não pertencente à Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, a fim de que seja efetivada sua matrícula. A não efetivação do desligamento no prazo estipulado impossibilitará sua matrícula nas COREMEs pertencentes à Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo e acarretará na perda de sua vaga.

As duas vias do “TERMO DE DECLARAÇÃO DE MATRICULA PRÉVIA EM PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MÉDICA” deverão ser entregues na Secretaria da COREME, no ato da matrícula, devidamente preenchido e assinado.

Caso você não esteja matriculado em nenhum outro programa do país, deverá preencher outro formulário que será lhe entregue nessa data.

Atenciosamente,

COMURE



Prefeitura da Cidade de São Paulo
Secretaria Municipal da Saúde
Escola Municipal de Saúde - EMS
Comissão Municipal de Residências

TERMO DE DECLARAÇÃO DE MATRICULA PRÉVIA EM PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MÉDICA - 2019

Eu, _____

CPF _____ TELEFONE CELULAR (____) _____

E-MAIL _____

Aprovado no processo seletivo da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, no Programa de

_____,
declaro que já me encontro matriculado no Sistema da Comissão Nacional de Residência Médica (SISCNRM/MEC) na COREME do (a) (NOME DA INSTITUIÇÃO) _____

_____, no PROGRAMA de

_____.
Comprometo-me a realizar o desligamento na instituição em que já estou matriculado no prazo de 24 (vinte e quatro) horas, a partir desta data. Estou ciente que se não conseguir efetuar este desligamento perderei a vaga, possibilitando a COMURE (Comissão Municipal de Residências), através da Comissão da Seleção Pública SP2018, proceder a chamada do próximo candidato aprovado.

São Paulo, ____/____/____

NOME COMPLETO POR EXTENSO

ASSINATURA

Nota! O presente documento deverá ser preenchido, impresso e entregue em 02 (duas) vias de igual teor.