

GOVERNO FEDERAL
SECRETARIA DE GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE/MS/ME

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO PIAUÍ
ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DO PIAUÍ

6ª CONVOCAÇÃO PARA MATRÍCULA – PROCESSO SELETIVO PARA RESIDÊNCIA MÉDICA 2025

A Secretaria da Saúde do Estado do Piauí (SESAPI), por meio da Escola de Saúde Pública do Piauí (ESP-PI), torna pública a 6ª Convocação para Matrícula dos(as) candidatos(as) aprovados(as) e classificados(as) no Processo Seletivo para Residência Médica 2025. Os(as) candidatos(as) convocados(as) deverão realizar a matrícula entre os dias 28/02/2025 e 06/03/2025, seguindo as orientações abaixo:

1. A apresentação da documentação será realizada exclusivamente via endereço eletrônico seletivo@saude.pi.gov.br, sendo obrigatório o envio dos arquivos no formato PDF, contendo todos os documentos exigidos, conforme especificado abaixo.
2. O arquivo deve conter os seguintes documentos digitalizados, legíveis e organizados na seguinte ordem:
 - a) Ficha de Cadastro preenchida e assinada (Anexo II);
 - b) Foto 3x4 recente e colorida;
 - c) Fotocópia do diploma de graduação em Medicina (frente e verso) ou declaração de conclusão do curso emitida por instituição reconhecida pelo MEC;
 - d) Fotocópia da carteira do Conselho Regional de Medicina (CRM) do Estado do Piauí;
 - e) Fotocópias do CPF e da Cédula de Identidade;
 - f) Fotocópia do Título de Eleitor e comprovante de quitação com a Justiça Eleitoral;
 - g) Fotocópia do comprovante de quitação com o serviço militar (para candidatos do gênero masculino);
 - h) Comprovante de conta corrente ativa no Banco do Brasil, em nome do(a) candidato(a);
 - i) Documento de comprovação de inscrição no INSS, expedido pelo INSS;
 - j) Declaração de conclusão de residência médica prévia (quando aplicável);
 - k) Diploma revalidado para candidatos(as) com graduação no exterior, conforme legislação vigente.
3. O assunto do e-mail deve seguir o seguinte padrão: **MATRÍCULA RESIDÊNCIA MÉDICA 2025 – NOME COMPLETO DO CANDIDATO**
4. A entrega da documentação deve ocorrer impreterivelmente dentro do prazo estabelecido até o dia 06/03/2025. A não apresentação da documentação ou o envio incompleto implicará na eliminação do(a) candidato(a), sem possibilidade de recurso ou complementação de documentação, sendo convocado o próximo classificado(a).
5. Após o envio da documentação, o(a) candidato(a) receberá confirmação de recebimento por e-mail. Caso não receba essa confirmação em até 24 horas após o envio, o candidato deverá entrar em contato pelo mesmo endereço eletrônico.
6. A matrícula implica na aceitação de todas as normas e disposições estabelecidas no Regimento Interno da COREME do hospital sede do programa e na Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM).

ANEXO I – LISTA DE CONVOCADOS

EDITAL	NOME	DATA DE NASCIMENTO	ÁREA	PONTUAÇÃO	PONTUAÇÃO ADICIONAL PROVAB/PRMGFC	PONTUAÇÃO FINAL	TIPO DE CONCORRÊNCIA	SITUAÇÃO
02/2024-SESAPI	LIANA CARRIAS BRUNO	14/04/1997	PEDIATRIA	78	-	78	AMPLA CONCORRÊNCIA	6ª CONVOCAÇÃO

ANEXO II – FICHA DE CADASTRO

PROCESSO SELETIVO PARA RESIDÊNCIA MÉDICA 2025

DADOS PESSOAIS

Nome Completo: _____

Data de Nascimento: // _____

Sexo: () Masculino () Feminino () Outro

Estado Civil: () Solteiro(a) () Casado(a) () Divorciado(a) () Viúvo(a)

Nome da Mãe: _____

Nome do Pai: _____

Nacionalidade: _____

Naturalidade (Município/UF): _____

Cor/Raça (Autodeclaração): () Branca () Preta () Parda () Amarela () Indígena

DOCUMENTOS

CPF: _____

RG (Órgão Expedidor/UF): _____
Título de Eleitor: _____
Zona: _____ Seção: _____
Reservista (se aplicável): () Sim () Não Nº _____ Série _____
Registro no CRM-PI: _____
Diploma de Graduação (Instituição/UF): _____
Data de Conclusão: // _____
Número do PIS/PASEP: _____
Número de Inscrição no INSS: _____

ENDEREÇO RESIDENCIAL

Endereço: _____
Bairro: _____
Cidade: _____
UF: _____
CEP: _____
Telefone Residencial: () ____ - _____
Telefone Celular: () ____ - _____
E-mail: _____

DADOS BANCÁRIOS (PARA PAGAMENTO DA BOLSA)

Banco: () Banco do Brasil (Obrigatório)
Agência: _____
Conta Corrente: _____

DADOS PROFISSIONAIS

Já possui outra residência médica? () Sim () Não
Se sim, qual instituição e especialidade? _____
Já possui vínculo empregatício? () Sim () Não
Se sim, qual instituição? _____
Carga horária semanal: _____

DECLARAÇÕES

() Declaro estar ciente e de acordo com as normas estabelecidas no Edital.
() Declaro que todas as informações aqui prestadas são verdadeiras, estando ciente de que qualquer irregularidade poderá implicar na eliminação do programa e demais sanções legais.

Local e Data:

Assinatura do(a) Candidato(a):



Documento assinado eletronicamente por **ANTONIO LUIZ SOARES SANTOS - Matr.0000000-0**, Secretário de Estado da Saúde, em 28/02/2025, às 12:17, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no Cap. III, Art. 14 do [Decreto Estadual nº 18.142, de 28 de fevereiro de 2019](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.pi.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **016892066** e o código CRC **704C6273**.

Referência: Caso resposta, indicar expressamente o Processo nº **00012.067261/2024-56** SEI nº **016892066**