

Aviso nº 43/2025-SGP/GAB/SEAD-PI/GAB/SEAD-PI

Teresina, 14 de março de 2025.

**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 ESTADO DO PIAUÍ  
SECRETARIA DA ADMINISTRAÇÃO DO ESTADO DO PIAUÍ  
FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE ESTADUAL DO PIAUÍ

ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DO PIAUÍ - ESP-PI/SESAPI  
COMISSÃO DE RESIDÊNCIA MÉDICA EM SAÚDE

EDITAL Nº 01/2025  
PROCESSO Nº 00012.067261/2024-56

**1ª 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 1ª 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 no dia 17/03/2025, seguindo as orientações abaixo:

1. A apresentação da documentação será realizada exclusivamente via endereço eletrônico [seletivo@saude.pi.gov.br](mailto: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) Declaração de conclusão de residência médica prévia;
  - b) Foto 3x4 recente e colorida;
  - c) Diploma de graduação em Medicina (frente e verso);
  - d) Carteira do Conselho Regional de Medicina (CRM);
  - e) Documento de identificação com foto, constando CPF;
  - f) Título de Eleitor;
  - g) Comprovante de conta corrente ativa no Banco do Brasil, em nome do(a) candidato(a).
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 (17/03/2025). 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 FINAL	TIPO DE CONCORRÊNCIA	SITUAÇÃO
01/2025-SESAPI	ANTONIO JOAQUIM CAVALCANTE DIAS DE OLIVEIRA	15/05/1992	CARDIOLOGIA	82	82	AMPLA CONCORRÊNCIA	1ª 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 **MIRIAN PERPETUA PALHA DIAS PARENTE - Matr.01788566, Diretora**, em 14/03/2025, às 17:16, 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](https://sei.pi.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0), informando o código verificador **017137335** e o código CRC **846DA785**.