



COMUNICADO COREME / FAMERP - Processo Seletivo de Residência Médica 2026

CONVOCAÇÃO PARA MATRÍCULA EM PRIMEIRA CHAMADA

CONVOCAMOS todos os candidatos APROVADOS no Processo Seletivo da Residência Médica, conforme divulgado na Classificação Final do Concurso, em 30/01/2026, **para a matrícula em primeira chamada**, a ser realizada **no período de 10 a 13/02/2026**, na secretaria da COREME/FAMERP, à Av Brigadeiro Faria Lima, 5416 – Vila São Pedro – São José do Rio Preto – SP, das 8 às 13 horas, conforme orientações abaixo.

O não comparecimento do candidato classificado, ou de seu procurador oficialmente constituído, no período definido para matrícula implicará consequente perda da vaga, sendo convocado o candidato subsequente, conforme Edital.

ORIENTAÇÕES PARA MATRÍCULA

PRÉ-CADASTRO – o link para acesso ao formulário do pré-cadastro estará disponível para inserção de dados, a partir de 30/01/2026, em: <https://forms.gle/WYEPxx9T8Z7LGFv7> e deverá ser preenchido por **TODOS** os candidatos APROVADOS e EXCEDENTES;

1. Os dados digitados são de responsabilidade do candidato e serão utilizados em todos os documentos da matrícula, por isso confira se os dados estão corretamente digitados (nome, número de documentos, etc).
2. Não deixar espaços sem preencher.

CANDIDATOS DE ACESSO DIRETO: inserir dados de formação médica (graduação em medicina) - Instituição, data de colação de grau, etc.

CANDIDATOS DAS ÁREAS DE ESPECIALIDADES E ÁREAS DE ATUAÇÃO: inserir dados

- formação médica (graduação em medicina) e
- pré-requisito - local, início, término.

IMPORTANTE - O preenchimento dos dados no link acima, não substitui a matrícula presencial. Acompanhe as convocações na página do processo seletivo, no site www.famerp.br

MATRÍCULA

1. **Matrículas da primeira chamada - dias 10 a 13/02/2026**
Local: Secretaria da COREME/FAMERP, das 8 às 13 horas, por ordem de chegada ao local.
2. A Coreme organizou um cronograma para matrícula nos respectivos programas, **preferencialmente**, nas datas informadas abaixo:



FACULDADE DE MEDICINA DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO – FAMERP
AUTARQUIA ESTADUAL – LEI 8899, DE 27/09/1994
Reconhecida pelo Decreto Federal nº 74.179, de 14/06/1974

10/02/2026	11/02/2026	12/02/2026	13/02/2026
- Acupuntura - Alergia e Imunologia Clínica - Anestesiologia - Angiorradiologia - Cardiologia - Cardiologia Pediátrica - Cirurgia Bariátrica - Cirurgia Cardiovascular - Cirurgia Crânio Maxilo - Cirurgia Aparelho Digestivo - Cirurgia do Trauma - Cirurgia Geral - Cirurgia Oncológica - Cirurgia Pediátrica - Cirurgia Plástica - Cirurgia Torácica - Hemodinâmica	- Cirurgia Vascular - Clínica Médica - Coloproctologia - Dermatologia - Ecografia Vascular c/Doppler - Emergência Pediátrica - Endocrinologia e Metabologia - Endocrinologia Pediátrica - Endoscopia - Gastroenterologia - Geriatria - Hepatologia - Med. Fetal	- Ginecologia e Obstetrícia - Hematologia - Infectologia - Mastologia - Medicina Emergência - Med. Família Comunidade - Med. Física e Reabilitação - Medicina Intensiva - Medicina Intensiva Pediátrica - Medicina Nuclear - Nefrologia - Neonatologia - Neurocirurgia - Neurologia - Neurologia Pediátrica - Ultrassom em GO	- Oftalmologia - Oncologia Clínica - Ortopedia e Traumatologia - Otorrinolaringologia - Patologia - Patologia Clínica e Medicina Laboratorial - Pediatria - Pneumologia - Pneumologia Pediátrica - Psiquiatria - Psiquiatria Inf. e Adolescência - Radiologia - Radioterapia - Reumatologia - Transplante Medula Óssea - Transplante de Rim - Urologia

3. CANDIDATOS EXCEDENTES:

Matrículas em segunda chamada - dias 18 e 19 de fevereiro de 2026, na secretaria da COREME/FAMERP, das 8 às 13 horas

Os candidatos excedentes deverão ficar atentos às convocações para matrículas, na página do Processo Seletivo, no site www.famerp.br, onde serão publicadas as demais chamadas com as respectivas datas de matrículas;

4. Matrícula por procuração: o/a procurador/a deverá apresentar-se munido de documento pessoal com foto e procuração simples do candidato com firma reconhecida em cartório - original;

5. O candidato ou seu procurador constituído deverá entregar no ato da matrícula todas as cópias dos documentos previstas no edital, conforme segue:

- 2 (Duas) fotos 3X4 recentes e coloridas (colocar o nome e área que será cursada no verso das fotos);
- **cópia simples** do R.G. (Cédula de Identidade) – **(frente e verso)**;
- **cópia simples** do CPF;
- comprovante de situação cadastral no CPF - emitido no site da Receita Federal em: <https://servicos.receita.fazenda.gov.br/Servicos/CPF/ConsultaSituacao/ConsultaPublica.asp>

Cópia simples de documento comprobatório com o número de conta corrente (conforme orientação no ato da matrícula)

- Comprovante de inscrição no INSS: NIT ou PIS ou PASEP;
- **Cópia simples** do cartão do SUS – Sistema Único de Saúde;
- **Cópia simples** do Registro no Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (CRM/SP). O candidato que não possuir o registro no CRM/SP ou que possuir o registro de CRM de outro estado tem o prazo de até 60 dias após o início no programa de residência (**até 29 de abril de 2026**), para apresentá-lo na secretaria da COREME/FAMERP;
- **cópia simples** do Título de eleitor **(frente e verso)**;
- certidão de quitação eleitoral. A certidão pode ser obtida no site: <http://www.tse.jus.br/eleitor/servicos/certidoes/certidao-de-quitacao-eleitoral>;
- **Cópia simples** de comprovante de quitação com o serviço militar **(frente e verso)**, sexo masculino;
- comprovante ou declaração constando o Grupo sanguíneo e fator RH;
- **Cópia simples** da Certidão de Nascimento ou Casamento ou Averbação de Divórcio;



- **Cópia simples do Diploma de graduação em Medicina (frente e verso). Se for concluinte do curso médico, apresentar declaração (provisório), através de documento oficial, expedido pela instituição de ensino;**
- **Cópia simples do Certificado de pré-requisito – para candidatos de Especialidades e áreas de atuação (frente e verso); Se for concluinte de pré-requisito, apresentar declaração de conclusão de pré-requisito (provisório) através de documento oficial, expedido pela Instituição de pré requisito;**
- **Declaração de situação vacinal, em 2 vias (ANEXO I), assinada por profissional da sala de vacinas;**
- **Cópia simples da carteira de vacinação atualizada (todas as páginas que conste as vacinas e identificação do médico), em 2 vias;**
- **Candidatos que solicitarem trancamento por convocação para prestar serviço militar deverão apresentar a convocação (original e cópia simples);**
- **Formulário preenchido e assinado do E-SOCIAL (ANEXO II);**
- **Comprovante endereço – cópia simples.**

NÃO SERÃO ACEITAS MATRÍCULAS COM PENDÊNCIAS DE DOCUMENTOS

- Taxas de expediente, no valor de R\$ 120,00. Pode ser feito através de:

PIX - chave pix:

CNPJ 00.326.036/0001-60 – Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto

Ou

TESOURARIA DA FAMERP (somente em dinheiro)

- Taxa de crachá no valor de R\$ 5,00. Pode ser feito através de:

PIX - chave pix: CNPJ. 60.003.761/0001-29

Obs. Ambas as taxas devem ser recolhidas no dia em que for realizar a matrícula, antes de dirigir-se à Coreme para efetivação da mesma e os comprovantes devem ser enviados por e-mail para coreme@famerp.br

- O candidato graduado no exterior apresentar:

- Diploma revalidado por Universidade Pública, na forma determinada pela legislação vigente (vide edital);
- Visto Permanente no Brasil (Cópia do RNE – Registro Nacional de Estrangeiro);
- proficiência da língua portuguesa comprovada por instituição oficial (CELPE-BRAS);
- registro no CRM de acordo com a Resolução CFM Nº 1831/2008 e CFM Nº 1832/2008.

O não comparecimento do candidato classificado, ou de seu procurador, no período definido para matrícula implicará em consequente perda da vaga, sendo convocado o candidato subsequente.



FACULDADE DE MEDICINA DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO – FAMERP
AUTARQUIA ESTADUAL – LEI 8899, DE 27/09/1994
Reconhecida pelo Decreto Federal nº 74.179, de 14/06/1974

ANEXO I - COREME

As vacinas abaixo são recomendadas para todo profissional de saúde no exercício da profissão. Assim, para fins de matrícula na Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto – FAMERP, atesto que _____, nascido(a) em ____/____/____, filho(a) da Sra: _____, apresenta:

SITUAÇÃO VACINAL: () Atualizada () Desatualizada

Covid-19 anual:

Última dose: ____/____/____

Laboratório: _____

Hepatite B*

1ª dose dia: ____/____/____

2ª dose dia: ____/____/____

3ª dose dia: ____/____/____

*informar as datas do último esquema.

Hepatite B, anticorpos contra antígeno de superfície Anti-HBs*

Data coleta ____/____/____

Resultado _____

Quantificação _____ UI/L

*Com intervalo mínimo de 30 a 60 dias após a 3ª dose da vacina.

Tríplice Viral (SCR):

1ª dose dia: ____/____/____

2ª dose dia: ____/____/____

Febre Amarela:

Última dose dia: ____/____/____

Difteria/Tétano (DTP ou dT):

1ª dose dia: ____/____/____

2ª dose dia: ____/____/____

3ª dose dia: ____/____/____

dTpa (Difteria, Tétano e Coqueluche acelular):

Última dose dia: ____/____/____

Já teve varicela** (catapora)?

() Sim () Não () Ignorado

Se não teve catapora ou não sabe, deverá ter duas doses de varicela, com intervalo de 30 dias entre as doses.

1ª dose dia: ____/____/____

2ª dose dia: ____/____/____

Nota: Todas as vacinas listadas são recomendadas para a matrícula e o exercício de atividades em serviços hospitalares. Em caso de situação vacinal **desatualizada**, as vacinas pendentes deverão ser aplicadas no momento do preenchimento desta declaração, e as doses subsequentes deverão ser agendadas conforme necessário para completar o esquema vacinal.

_____, _____ de _____ de 20____

Assinatura e carimbo do profissional da sala de vacina

Carimbo da UBS:



Orientações sobre esquema vacinal

Os profissionais de saúde estão sob risco constante de exposição às doenças contagiosas, muitas delas imunopreveníveis por vacinas, sendo, portanto, considerado grupo prioritário na estratégia de imunização e devem ser realizadas conforme o Calendário Nacional de Vacinação do Ministério da Saúde.

Covid-19:

A recomendação do uso da vacina Covid-19 Monovalente (XBB), fabricante Moderna:

Uma dose: Indivíduos que receberam apenas uma ou mais doses de qualquer vacina Covid-19 de cepa original ou bivalente.

Duas doses: Se forem pessoas com 60 anos ou mais, gestantes/puérperas ou imunocomprometidos, respeitando o intervalo mínimo de seis meses entre as doses.

O intervalo mínimo entre a última dose de qualquer vacina Covid-19 e a vacina XBB, fabricante Moderna, é de **três meses**.

Hepatite B:

Profissionais sem o esquema básico de vacinação contra Hepatite B devem realizar três doses da vacina, com intervalos de 30 dias entre a primeira e a segunda dose, e 6 meses entre a primeira e a terceira dose (0, 1 e 6 meses).

Recomenda-se sorologia de 1 a 2 meses após a última dose para verificar a resposta vacinal (anti-HBs ≥ 10 mUI/mL). Caso o teste seja realizado após 6 meses da última dose e o resultado seja negativo, uma dose adicional deve ser administrada, seguida de retestagem. Se a sorologia continuar negativa, o profissional deve completar o esquema com mais duas doses. Se a sorologia for positiva, o profissional será considerado imune; se negativa, deverá completar o esquema com mais duas doses de vacina. Conforme quadro abaixo:

Quadro 1. Esquema vacinal pré-exposição para profissionais de saúde

Situação do profissional	Esquema vacinal
1. Nunca vacinado, presumidamente suscetível	0/1/6 meses, dose habitual*
2. Sorologia (anti-HBs) negativa de um a dois meses após a terceira dose	Repetir esquema acima
3. Sorologia (anti-HBs) negativa um a dois meses após a terceira dose do segundo esquema	Não vacinar mais, considerar suscetível não respondedor. Testar HBsAg para excluir portador crônico
4. Sorologia (anti-HBs) negativa, seis meses ou mais após a terceira dose do primeiro esquema.	Administrar uma dose e repetir a sorologia um mês depois. Caso positiva, considerar imune, caso negativa, completar o esquema como no item 2.

Fonte: DPNI/SVSA/MS

*Toda dose administrada deve ser considerada, complementando-se o esquema em caso de interrupção, cm intervalo mínimo de dois meses entre as doses.



Tríplice viral:

Profissionais da saúde independentemente da idade devem receber 2 (duas) doses de tríplice viral, conforme situação vacinal encontrada, observando o intervalo mínimo de 30 dias entre as doses.

Febre amarela:

Se recebeu a primeira dose antes dos 5 anos de idade, esta indicada uma segunda dose. Se aplicada a partir dos 5 anos considerada dose única.

Difteria/Tétano (DTP ou dT) e dTpa:

De acordo com a Instrução Normativa Referente ao Calendário de Vacinação 2022 **TODOS os profissionais de saúde**, incluídos os estagiários da área da saúde que atuam na assistência deverão receber uma dose de **dTpa** considerando o histórico vacinal de difteria, tétano.

Com esquema de vacinação primário completo de dT: Administrar uma dose da dTpa, mesmo que a última dose tenha ocorrido há menos de dez anos, observando o intervalo de 60 dias após a última dose administrada.

Sem esquema de vacinação primário completo de dT:

Menos de 3 (três) doses com a vacina dT: administrar 1 (uma) dose de dTpa e completar o esquema com 1 (uma) ou 2 (duas) doses de dT (dupla adulto), de forma a totalizar 3 (três) doses da vacina contendo o componente tetânico.

Varicela**

Profissionais de saúde sem histórico de infecção por varicela (catapora) devem receber duas doses da vacina, independentemente da idade, com um intervalo mínimo de 30 dias entre as doses.

No entanto, devido ao desabastecimento atual da vacina no Estado de São Paulo, os profissionais suscetíveis serão convocados pela sala de vacinas da Funfarme para a atualização vacinal assim que os estoques forem restabelecidos.



FACULDADE DE MEDICINA DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO - FAMERP
AUTARQUIA ESTADUAL – LEI Nº 8899 de 27/09/94
(Reconhecida pelo Decreto Federal nº 74179 de 14/06/74)
COMISSÃO DE RESIDÊNCIA MÉDICA
Av. Brigadeiro Faria Lima, 5 416 – CEP 15090-000
Fone: (017) 3201-.5060 - e-mail: coreme@famerp.br
São José do Rio Preto – São Paulo – Brasil

ANEXO II

FORMULÁRIO PARA O E-SOCIAL

À FAMERP – FACULDADE DE MEDICINA DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO

Médico(a) Residente: _____

RG: _____ órgão expedidor _____ CPF: _____

Programa de Residência Médica: _____

Nome da mãe: _____

Data de nascimento da mãe: _____

CPF da mãe: _____

Nome do pai: _____

Data de nascimento do pai: _____

CPF do pai: _____

(Obs: Salvos os casos de falecimento de algum dos mesmos.)

São José do Rio Preto, ____ de _____ de 2026.

Assinatura