



**MINISTÉRIO DA DEFESA  
EXÉRCITO BRASILEIRO  
C M S - 3ª R M  
HOSPITAL MILITAR DE ÁREA DE PORTO ALEGRE  
(H Mil 2ª Classe 1890)**

**ANEXO I**

**SOLICITAÇÃO DE PONTUAÇÃO – PROVAB**

**SOLICITAÇÃO DE PONTUAÇÃO – Residência Médica MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE**

\_\_\_\_\_, candidato a uma vaga de Residência Médica no Programa de \_\_\_\_\_ do Hospital Militar de Area de Porto Alegre, solicito pontuação adicional do Programa acima selecionado, de acordo com a Resolução CNRM No 2, de 27 de agosto de 2015.

O documento anexo é a Certificação de Conclusão do PROVAB, expedida pela SGTES/MS.

O documento anexo é uma declaração de atuação no PROVAB e me comprometo a apresentar a Certificação de Conclusão, expedida pela SGTES/MS, imediatamente após o término das atividades do Programa.

O documento anexo é uma declaração de estar cursando Residência Médica em MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE e me comprometo a apresentar a Certificação de Conclusão, expedida pela CNRM/MEC, imediatamente após o término das atividades do Programa.

Porto Alegre, RS, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_.

\_\_\_\_\_ (assinatura)

***O candidato que não obtiver e apresentar o Certificado de Conclusão do Programa perderá a pontuação concedida e será reclassificado no processo seletivo excluindo-se a pontuação adicional***



MINISTÉRIO DA DEFESA  
EXÉRCITO BRASILEIRO  
CMS - 3ª RM  
HOSPITAL MILITAR DE ÁREA DE PORTO ALEGRE  
(H Mil 2ª Classe 1890)

ANEXO II  
AVALIAÇÃO CURRICULAR

<b>Atividades Extra-Curriculares - Máximo 2,00</b>	<b>Pontuação máxima</b>	<b>Pontuação do Candidato</b>
Vivência prática extra-curricular ≤120 horas (mínimo 60horas)	(0,20/atividade)	
Vivência prática extra-curricular >120 horas	(0,50/atividade)	
Participação em cursos ATLS, ACLS, PALS, PHTLS ou cursos semelhantes de suporte de vida administrados por instituições reconhecidas internacionalmente	(0,50/curso)	
Participação em ligas acadêmicas (mínimo 2 semestres)	(0,20/liga; máximo 0,60)	
Exercício de monitoria	(0,30 /sem; máximo 0,60)	

<b>Atividades Científicas - Máximo 2,00</b>	<b>Pontuação máxima</b>	<b>Pontuação do Candidato</b>
	(0,20/atividade)	
<b>Apresentação de Temas Livres em Eventos Científicos</b>		
Eventos científicos internacionais	(0,20/atividade)	
Eventos científicos nacionais	(0,10/atividade)	
<b>Publicação de artigos</b>		
Periódicos científicos internacionais indexados	(0,60/atividade)	
Periódicos científicos nacionais indexados	(0,40/atividade)	
<b>Participação em eventos científicos</b>	<b>Máximo 2,0</b>	
Eventos científicos internacionais	(0,20/atividade)	
Eventos científicos nacionais (incluindo os regionais e locais)	(0,10/atividade)	
<b>Participação em projetos de pesquisa devidamente comprovada</b>		
Participação com bolsa de iniciação científica por órgão de fomento	(0,50/pesquisa)	
Participação voluntária em projetos de pesquisa	(0,30/pesquisa)	
<b>Participação em projetos de extensão devidamente comprovado</b>		
Participação com bolsa de iniciação científica por órgão de fomento	(0,30/projeto)	
Participação voluntária em projetos de extensão	(0,20/ projeto)	

<b>Conhecimento de Língua Estrangeira - Máximo 1,00</b>	<b>Pontuação máxima</b>	<b>Pontuação do Candidato</b>
Conhecimento de língua estrangeira comprovado - por teste de suficiência/proficiência com certificado de aprovação em IES brasileira ou - por exame de reconhecimento internacional	<p>Inglês: <b>0,50</b></p> <p><b>Outro(s) idioma(s)</b> (0,25 /idioma; máximo 0,50)</p>	

<b>Atividades profissionais na área médica, após formatura - Máximo 5,00</b>	<b>Pontuação máxima</b>	<b>Pontuação do Candidato</b>
Exercício profissional por no mínimo 6 meses  <b>(Exercício profissional no PROVAB gerando pontuação adicional posterior não será pontuado neste item)</b>	(0,50/6 meses, não sobreponíveis)	
Exercício profissional como Médico em Organização Militar por no mínimo um ano	5.0	

Porto Alegre, RS, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Nome do Candidato:	Pontuação Final do Candidato
Assinatura do Candidato:	

Porto Alegre, RS, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Comissão de Seleção	Pontuação Final do Candidato



MINISTÉRIO DA DEFESA  
EXÉRCITO BRASILEIRO  
C M S - 3ª R M  
HOSPITAL MILITAR DE ÁREA DE PORTO ALEGRE  
(H Mil 2ª Classe 1890)

ANEXO III  
DECLARAÇÃO DE ACUMULAÇÃO DE CARGO PÚBLICO

Eu, \_\_\_\_\_ (nome completo), Identidade no \_\_\_\_\_, CPF nr \_\_\_\_\_, voluntário(a) ao Processo Seletivo para Médicos Residentes no HMAPA, **declaro**, sob as penas da lei, para fins de comprovação junto à Administração Militar, que:

( ) **Não exerço** nenhum outro cargo público dos Poderes da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios (estende-se a empregos e funções e abrange autarquias, fundações públicas, empresas públicas, sociedades de economia mista, suas subsidiárias, e sociedades controladas, direta ou indiretamente pelo poder público).

( ) **Exerço** o(s) cargo(s) público(s) ou emprego(s) público(s) abaixo discriminado(s):

a) De \_\_\_\_\_, no \_\_\_\_\_ (Empregador), em \_\_\_\_\_ (Município/Estado/União), cuja carga horária semanal é de \_\_\_\_\_ horas, das \_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_ horas.

b) De \_\_\_\_\_, no \_\_\_\_\_ (Empregador), em \_\_\_\_\_ (Município/Estado/União), cuja carga horária semanal é de \_\_\_\_\_ horas, das \_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_ horas.

c) De \_\_\_\_\_, no \_\_\_\_\_ (Empregador), em \_\_\_\_\_ (Município/Estado/União), cuja carga horária semanal é de \_\_\_\_\_ horas, das \_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_ horas.

Declaro, ainda, que tomei conhecimento do inteiro teor das normas e que estou ciente de que estarei sujeito às penalidades previstas em lei, caso venha a incorrer em acumulação ilegal de cargo, durante exercício do cargo para qual fui nomeado(a).

\_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.

(Assinatura do Candidato) \_\_\_\_\_

Nome completo do Candidato



**MINISTÉRIO DA DEFESA  
EXÉRCITO BRASILEIRO  
C M S - 3ª R M  
HOSPITAL MILITAR DE ÁREA DE PORTO ALEGRE  
(H Mil 2ª Classe 1890)**

**ANEXO IV**

**DECLARAÇÃO DE VERACIDADE DOS DOCUMENTOS APRESENTADOS**

Eu, \_\_\_\_\_, residente à \_\_\_\_\_, portador do CPF N  
r \_\_\_\_\_, declaro que todos os documentos apresentados, para efeito deste Processo Seletivo são autênticos, sob as penas da Lei, para fins estritamente militares, e estar ciente dos Art 311, 312 e 315 do Código Penal Militar (Decreto-Lei Nr 1.001, de 21 de outubro de 1969), assumindo inteira responsabilidade.

(Local e data)

(Assinatura do Candidato) \_\_\_\_\_

Nome completo do Candidato:

**(Reconhecer firma por autenticidade em cartório)**



MINISTÉRIO DA DEFESA

EXÉRCITO BRASILEIRO

OM

**Anexo V**

**PARECER DO COMANDANTE DA ORGANIZAÇÃO MILITAR**

Declaro, junto ao Comando da 3ª Região Militar, que o(a) \_\_\_\_\_ (posto/graduação) \_\_\_\_\_ (nome completo), Idt Nr \_\_\_\_\_, CPF Nr \_\_\_\_\_, ocupa o cargo de \_\_\_\_\_ e não possui em seus assentamentos nada que desabone sua conduta militar e aptidão física, sendo o resultado do último TAF válido, PBD/PAD \_\_\_\_\_ menção \_\_\_\_\_, assim, possui parecer favorável deste Comando para participação no processo seletivo aos Programas de Residência Médica do HMAPA.

(Local e data)

(Assinatura do Cmt/Ch/Dir OM) \_\_\_\_\_

Nome completo e posto do Cmt/Ch/Dir OM



**MINISTÉRIO DA DEFESA  
EXÉRCITO BRASILEIRO  
C M S - 3ª R M  
HOSPITAL MILITAR DE ÁREA DE PORTO ALEGRE  
(H Mil 2ª Classe 1890)**

**ANEXO VI**

**DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA**

1. Eu, \_\_\_\_\_ (nome completo), Idt Nr \_\_\_\_\_, CPF Nr \_\_\_\_\_, nascido(a) aos \_\_\_\_ dias do mês de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, filho(a) de \_\_\_\_\_ e de \_\_\_\_\_, declaro, como candidato(a) no processo de seleção para os Programas de Residência Médica do HMAPA, residir no endereço \_\_\_\_\_, cidade \_\_\_\_\_, UF \_\_\_\_\_, CEP \_\_\_\_\_.

2. Declaro, também, para todos os fins, serem verídicas as informações fornecidas, ciente da responsabilidade criminal prevista nos Art 299 e 304 (falsidade ideológica) do Decreto-Lei Nr 2.848, de 7 de dezembro de 1940 - Código Penal e Art 312 (falsidade) do Decreto-Lei Nr 1.001, de 21 de outubro de 1969 - Código Penal Militar (CPM).

(Local e data)

(Assinatura do Candidato) \_\_\_\_\_

Nome completo do Candidato



**MINISTÉRIO DA DEFESA  
EXÉRCITO BRASILEIRO  
C M S - 3ª R M  
HOSPITAL MILITAR DE ÁREA DE PORTO ALEGRE  
(H Mil 2ª Classe 1890)**

**ANEXO VII**

**DECLARAÇÃO DE CIÊNCIA DA MUDANÇA DE MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA**

Eu, \_\_\_\_\_ (nome completo), Idt Nr \_\_\_\_\_, CPF Nr \_\_\_\_\_, nascido(a) aos \_\_\_ dias do mês de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, filho(a) de \_\_\_\_\_ e de \_\_\_\_\_, declaro, como candidato(a) no processo de seleção para os Programas de Residência Médica do HMAPA, assumir inteira responsabilidade em mudar de residência, por conta própria, para a cidade de Porto Alegre ou para a Região Metropolitana desta, caso venha a ser aprovado, sem qualquer ônus para o Exército.

(Local e data)

(Assinatura do Candidato) \_\_\_\_\_

Nome completo do Candidato



**MINISTÉRIO DA DEFESA  
EXÉRCITO BRASILEIRO  
C M S - 3ª R M  
HOSPITAL MILITAR DE ÁREA DE PORTO ALEGRE  
(H Mil 2ª Classe 1890)**

ANEXO VIII

**CONTRATO DE MATRÍCULA DE MÉDICO RESIDENTE**

O Hospital Militar de Area de Porto Alegre e \_\_\_\_\_, candidato aprovado no Processo Seletivo para Residência Médica em \_\_\_\_\_

Filiação: \_\_\_\_\_

Estado Civil \_\_\_\_\_ Data de Nascimento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
Natural de \_\_\_\_\_ Nacionalidade: \_\_\_\_\_

Endereço Residencial: Rua \_\_\_\_\_ n.o \_\_\_\_\_  
Complemento: \_\_\_\_\_; Bairro: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_  
CEP: \_\_\_\_\_; Telefone Celular: \_\_\_\_\_

Banco: \_\_\_\_\_

Ag. n.o \_\_\_\_\_ Conta Corrente n.o \_\_\_\_\_  
RG n.o \_\_\_\_\_ Órgão Expedidor \_\_\_\_\_  
CPF n.o \_\_\_\_\_ INSS/PIS n.o \_\_\_\_\_  
Dependentes ou Beneficiários Legais (filhos/esposa)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Eu \_\_\_\_\_ (nome), Médico, inscrito no Conselho Regional de Medicina do \_\_\_\_\_ (Estado), sob o número CRM \_\_\_\_\_, declaro estar ciente dos termos do Edital que rege o Processo Seletivo, do Credenciamento dos Programas de Residência Médica do Hospital Militar de Area de Porto Alegre e do Regimento Interno da COREME do HMAPA que assegura-me o direito de realizar Residência Médica no Programa de Residência Médica em \_\_\_\_\_ (especialidade), dentro das normas e disposições legais da Comissão Nacional de Residência Médica, a cujo cumprimento se obriga:

1. O presente contrato padrão de matrícula terá duração de \_\_\_\_\_ anos (duração do Programa de Residência Médica), iniciando-se em \_\_\_/\_\_\_/20\_\_\_ no Programa de Residência Médica em \_\_\_\_\_ (especialidade) e findado em \_\_\_/\_\_\_/20\_\_\_.
2. O médico residente está restrito às demais disposições normativas legais e regulamentares que disciplinam a Residência Médica.
3. O presente contrato não cria e não envolve nenhuma espécie de relação de empregos entre as partes.
4. Os Programas de Residência Médica do HMAPA respeitarão o máximo de 60 (sessenta) horas semanais, nelas incluídas um máximo de 24 (vinte e quatro) horas de plantão.
5. O médico residente fará jus a um dia de folga semanal e a 30 dias consecutivos de repouso, por ano de atividade, conforme Plano de Férias do HMAPA.

6. O médico residente declara aceitar a remuneração que neste ato lhe é conferida, comprometendo-se a cumprir o disposto neste instrumento, em todos os termos, cláusulas e condições, inclusive declarando conhecer e aceitar o Regimento Interno desta instituição e as normas da Comissão Nacional de Residência Médica.

6.1 O médico residente matriculado será remunerado de acordo com a Medida Provisória 2.215-10, de 31 de agosto de 2001 (Reestruturação da Remuneração dos Militares das Forças Armadas), alterada pela Lei 13.954, de 16 de dezembro de 2019.

6.2. O médico residente matriculado será incorporado ao HMAPA no posto em que se encontrava, quando na condição de Oficial da Reserva de 2ª Classe não remunerada, de qualquer Quadro ou Corpo.

6.3 O médico residente matriculado será incorporado como militar temporário cuja permanência é transitória e, portanto, não pode adquirir estabilidade.

6.4. Ao médico residente matriculado será garantido, conforme prevê o art 4 da Lei 6932/81, durante todo o período em que estiver cursando seu programa de Residência Médica no HMAPA: *I - condições adequadas para repouso e higiene pessoal durante os plantões; II - alimentação* (conforme “arrançamento” junto ao Serviço de Nutrição e Dietética do HMAPA) e *III - moradia* (dentro do HMAPA, no espaço conhecido como “Casa de Acolhimento”). A Lei 6932/81 não prevê o custeio, por parte da mantenedora do Programa, de “Auxílio-moradia”.

7. O (a) médico (a) residente reconhece e aceita que os casos omissos serão resolvidos pela Direção do HMAPA, Comissão de Residência Médica da Instituição e Comissão Estadual e em última instância pela Comissão Nacional de Residência Médica.

8. E por assim justos e contratados, estabelecem o Foro da sede da Instituição como competentes para dirimir dúvidas que possam advir da interpretação e aplicação do presente contrato, e assinam em duas vias de igual teor, na presença de duas testemunhas abaixo.

Porto Alegre, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Assinatura do Candidato)

\_\_\_\_\_  
Diretor do HMAPA

TESTEMUNHAS:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_