



Processo Seletivo de Residência Médica – Segunda Entrada – 2026

Orientação para Inscrição
(Manual do Candidato)



1. Cadastro

1. Para realizar seu cadastro e acessar o sistema, clique no link

abaixo: <https://aremg.starlinetecnologia.com.br/smartflex/>

2. Na tela inicial, se for o primeiro acesso, clique no botão **“Se ainda não fez a pré-inscrição clique aqui!”**.

Associação de Apoio
Residência Médica

LOGIN

Usuário ou CPF:

Senha: OK

*Esqueceu sua senha?

[Se ainda não fez a pré-inscrição clique aqui!](#)

3. Será direcionado para a tela de pré cadastro, onde deverá digitar o número do CPF



Pré-cadastro - Informe seu CPF

CPF*: (Somente números, sem pontos e traços)

[CONTINUAR](#)

[Se já fez a pré-inscrição clique aqui!](#)

4. Preencha o formulário com suas informações pessoais.

É preciso ter atenção ao digitar os dados na ficha, principalmente a **data de nascimento**, **nome da mãe e e-mail**, pois os mesmos serão solicitados para recuperação da senha criada.

Em se tratando de **médicos brasileiros, formados por faculdades estrangeiras**, o diploma deve estar revalidado por universidade pública (conforme Resolução CNE nº 1 de 25/07/2022) devendo ser enviada via sistema cópia digitalizada do mesmo ou cópia de registro em Conselho Regional de Medicina de qualquer estado do Brasil no momento da inscrição.

Aos **médicos estrangeiros formados no Brasil ou com diploma revalidado** será exigido no ato da inscrição o envio via sistema de cópia digitalizada de visto temporário e autorização de residência por tempo indeterminado no Brasil.

Reserva de vaga para candidatos PRETOS

Para concorrer às vagas reservadas, o candidato deverá, no momento do preenchimento do Formulário de Inscrição, se declarar preto, conforme o quesito cor ou raça utilizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) sendo de exclusiva responsabilidade do candidato a opção e o preenchimento do **Anexo 3 - FORMULÁRIO DE AUTODECLARAÇÃO** para concorrer às vagas reservadas aos candidatos pretos e o



posterior envio da documentação comprobatória pelo e-mail psu2026@aremng.org.br até **a data final prevista para a inscrição**, de acordo com as orientações disponíveis no edital e publicações no site da AREMG www.aremng.org.br Menu **PROCESSO SELETIVO - PROCESSOS SELETIVOS ATUAIS - Processo Seletivo Unificado de Residência Médica - Segunda Entrada 2026**

Reserva de vaga para deficientes

Preencha os campos de acordo com a identificação e qualificação da deficiência, inserindo o documento obrigatório de comprovação no **sistema de inscrição, na tela de escolha das especialidades**. Para comprovação dessa condição, deverá apresentar relatório médico, com **prazo de validade de até 1 (um) ano**, contendo a descrição do tipo de deficiência, nos termos do art. 4º do Decreto nº 3.298/1999, com expressa referência ao código correspondente da Classificação Internacional de Doenças (CID), bem como, quando aplicável, fundamentação na Lei nº 12.764/2012 e no Decreto nº 5.296/2004. O relatório médico, juntamente com outras documentações exigidas pelo edital, deverá ser obrigatoriamente anexado **em um único arquivo** no sistema, **no momento da inscrição** e acompanhe a avaliação da Coordenação do Processo Seletivo.

Geral

Nome*: Data de Nascimento*:

Sexo*: E-mail*: Informe o E-mail

Estado civil*: Confirmar E-mail*:

Nacionalidade*: ☒ Brasileiro ☐ Estrangeiro Naturalidade*:

Formado no Brasil*: ☒ Sim ☐ Não

Mãe*:

Cor ou Raça*:

Senha para acesso a inscrição*:

Regras para criação de senha
Conter pelo menos uma letra maiúscula
Conter pelo menos uma letra minúscula
Conter números (0 a 9)
Conter símbolos, incluindo: ! @ # \$ % & * \ / ()
Tamanho de no mínimo 8 caracteres

Confirmar a Senha:

Pessoa com Deficiência

Possui necessidade especial:

- ☐ NENHUMA
- ☐ BAIXA VISÃO
- ☐ DEFICIÊNCIA AUDITIVA
- ☐ DEFICIÊNCIA FÍSICA
- ☐ DEFICIÊNCIA MULTIPLA
- ☐ VISÃO MONOCULAR
- ☐ DEFICIÊNCIA INTELECTUAL
- ☐ DISLEXIA
- ☐ DÉFICIT DE ATENÇÃO
- ☐ AUTISMO
- ☐ DISCALCULIA
- ☐ OUTRAS



No menu **Tipo de documentação***: caso o candidato tenha selecionado o CRM (Nº do **Registro do Conselho**), não será necessário o documento de comprovação da sua formação, em caso de inscrição para ENTRADA DIRETA.

Selecione o botão **Salvar e Prosseguir**

Telefones	
Telefone Celular*:	
Telefone Residencial*:	
Telefone Comercial :	Ramal
Endereço	
CEP*:	
Logradouro*:	
Número*:	
Complemento:	
Bairro*:	
Cidade*:	
UF*:	
Documentação	
CPF*:	21181428019
Nº DO REGISTRO NO CONSELHO:	/
Nº Identidade*:	
Órgão Emissor*:	Selecione
Clique aqui para enviar o arquivo! Tipo de arquivos aceitos: imagens ou pdf. Tamanho Máximo: até 3mb. Antes de iniciar a inscrição o candidato deverá providenciar cópia do documento de identificação com foto, digitalizada frente e verso Documentos validos: cedula de identidade, Carteira profissional, Nº DO REGISTRO NO CONSELHO, Carteira de motorista (HABILITAÇÃO), passaporte. Imprescindivel conter foto, filiação e assinatura. OBS:Documento que comprove a formação Medica para entrada direta e comprovante de Residencia Medica para Pre Requisito serão solicitados na tela de Formação Acadêmica.	
Anexar um documento com foto*:	
Tipo de documento que foi anexado*:	
Selecione...	

2. Formação Acadêmica

1. Formação Acadêmica

1 2 **FORMAÇÃO ACADÊMICA** 3 4 5 6

Formação Acadêmica

INSTRUÇÃO: Formação Acadêmica

Formação Acadêmica

Curso*:

Mês/Ano Formação* (Até 28/02/2025) /

☒ Formação no Brasil ☐ Formação no exterior

Enviar comprovante: Diploma, Nº DO REGISTRO NO CONSELHO ou declaração*

Tipo de arquivos aceitos: imagens ou pdf.
Tamanho Máximo: até 3mb.

Clique aqui para enviar o arquivo!

Estado da Instituição*

Instituição de Ensino*
Nota do Enade: 0

Para comprovação de formação acadêmica ou pré requisito:

- Para programas com **entrada direta: Diploma** ou **carteira do CRM** ou **declaração emitida após abril/2026** que completará curso de medicina até **31 de agosto de 2026**.
- Para programas com entrada **com pré-requisito: Certificado de conclusão** ou **declaração emitida após abril/2026** que completará o programa de residência médica até **31 de agosto de 2026** ou Especialização com RQE até **23/07/2026**.

Formação Acadêmica

Curso*:

Mês/Ano Formação* (Até 29/02/2020) /2000

☒ Formação no Brasil ☐ Formação no exterior

Estado da Instituição*

Instituição de Ensino*

Nota do Enade: 0

Residências Cursadas

Programa de Residência Realizadas*

Mês/Ano Conclusão*

UF*

Instituição*

Anexo de comprovante (diploma ou declaração) *

Clique aqui para enviar o arquivo!

Incluir Cancelar

2. Participação em programa de Bonificação

Participação em programa de bonificação

☒ Declaro não ter participado do Programa de Residência Médica de Medicina de Família e Comunidade.

☐ Concluí ou vou concluir a Residência Médica de Medicina de Família e Comunidade até a data prevista em edital.

☐ Utilizei a pontuação adicional referente ao programa de Medicina de Família e Comunidade para entrar em Residência Médica.

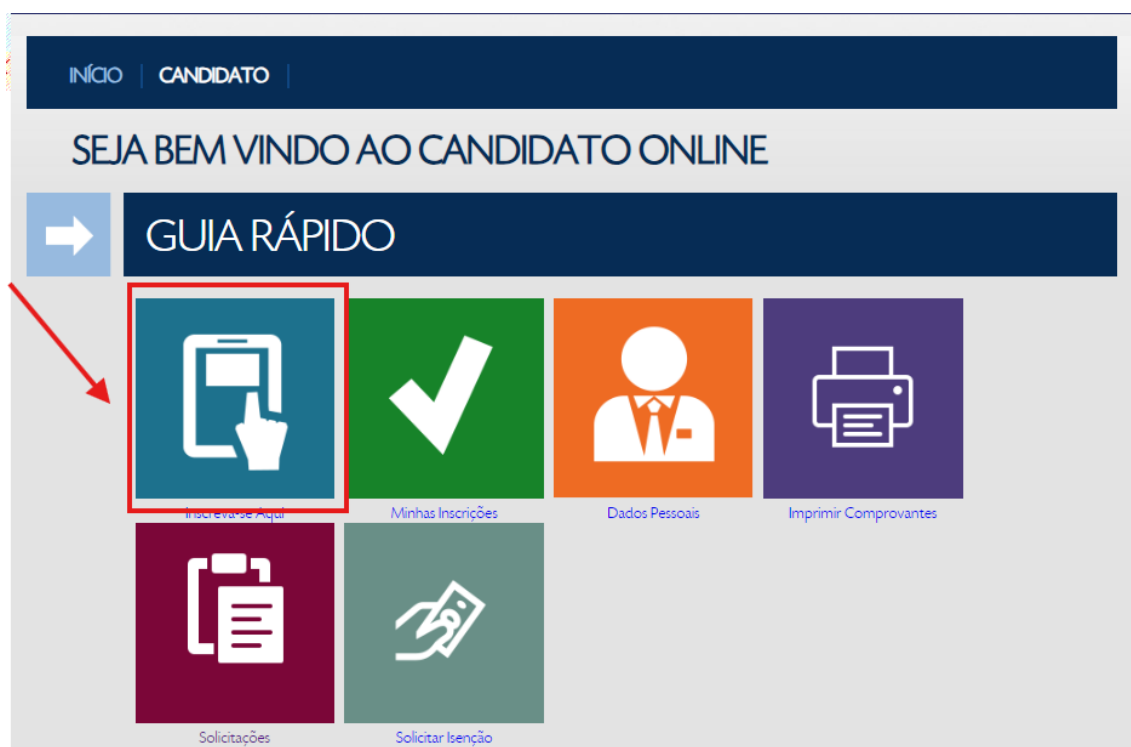
VOLTAR GRAVAR

Candidatos a vagas com entrada direta que tenham realizado **Programa de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade** que **não** tenham se matriculado em residência médica utilizando a bonificação, tem direito ao bônus. Então devem selecionar a situação em que se adequa:

1 - Caso seja entrada com **Programa de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade**, deverá inserir o diploma ou a declaração do hospital com previsão de término.

3. Inscrição

1. Após o cadastro correto dos dados, o candidato pode passar à realização da inscrição



Cliquei no botão **INSCREVA-SE AQUI**



4. Escolha as Especialidades

Nos termos da **Resolução da Comissão Nacional de Residência Médica – CNRM nº 2, de 10 de fevereiro de 2026**, as vagas ora ofertadas destinam-se exclusivamente a médicos que não estejam frequentando programa de Residência Médica após o dia **10 de julho de 2026**, ressalvados aqueles cuja conclusão ocorrerá até o dia **31/08/2026** para programas com entrada com pré requisito.

Fica vedada a inscrição de candidatos que estejam matriculados em programas de residência médica até o dia **10 de julho de 2026 (conforme item 3.1)**. A eventual inscrição realizada em desconformidade com esta vedação não gerará direito à matrícula.

O candidato com graduação concluída em Medicina poderá se inscrever para os programas com entrada direta. Candidato que tenha concluído Residência Médica Credenciada pela CNRM ou que venha concluí-la até o dia **31/08/2026** ou possua especialização com **Registro de Qualificação de Especialista** - RQE até 23/07/2026, poderá fazer inscrição em Programa ou Área de Atuação que exija a especialidade como pré-requisito e uma inscrição em Programa de Residência Médica com Entrada Direta para cada instituição, desde que as inscrições impliquem na realização de no máximo 2(duas) provas. Neste caso a ordem das provas será baseada na ordem de preferência do candidato não podendo ser alterada em nenhuma hipótese.

1 2 3 **ESCOLHA AS ESPECIALIDADES** 4 5 6

ESCOLHA AS ESPECIALIDADES

INSTRUÇÃO: Selecione as vagas que você deseja candidatar.

Nome KATIANE LOIOLA DE SOUZA

CPF 03675884635

Especialidade	Selecione
Instituição	Selecione
ADICIONAR	

Vagas Selecionadas

PREFERÊNCIA	ESPECIALIDADE	INSTITUIÇÃO	CIDADE/ESTADO	VAGAS	TAXA	EXCLUIR
1	Psiquiatria	Hospital das Clínicas Dr. Mário Ribeiro da Silveira - FUNAM	MONTE CLAROS/MG	2	R\$ 270,00	

* Para alterar a ordem de preferência, clique na linha e arraste para cima ou para baixo.



- *Selecione a especialidade*
- *Selecione a Instituição*
 - *Caso a vaga disponibilize concorrer a vaga de PCD ou vagas destinadas a pretos, deverá selecionar a opção, anexar os documentos conforme orientado em edital.*
- Clique em **ADICIONAR**

Após selecionar **TODAS** as especialidades que tem interesse em concorrer, CLIQUE no botão **SALVAR E PROSSEGUIR**.

Atenção: Será gerado um único boleto com TODAS as vagas escolhidas.

Leia atentamente todos os avisos exibidos na tela. Confira as especialidades/Instituições que selecionou.

Após a conclusão apenas a ordem de preferência poderá ser alterada conforme previsto em edital.

Nenhuma área poderá ser acrescentada nem excluída.

5. Local de prova /Solicitação de Condições especiais para realização da prova

Local de Prova

INSTRUÇÃO: Escolha o local para realização da prova

☐ Belo Horizonte/MG			
☐ Goiânia/GO			
☐ Governador Valadares/MG			
☐ Juiz de Fora/MG			
☐ Montes Claros/MG			
☐ Pouso Alegre/MG			
☐ Rio de Janeiro/RJ			
☐ Uberaba/MG			
Possui alguma necessidade especial para realização da prova?	☒ Nenhuma ☐ Tempo adicional ☐ Leitor ☐ Cadeira especial ☐ Sala com poucos candidatos ☐ Outros		

VOLTAR

SALVAR E PROSSEGUIR



- Escolha a cidade de preferência para realização da prova.
- Se possui necessidade especial para realização da prova, deverá selecionar a opção correspondente e encaminhar o documento comprobatório.

6. Concluir Inscrição

aremg.starlinetecnologia.com.br diz

Tem certeza que deseja concluir a inscrição? Após a conclusão apenas a ordem de preferência poderá ser alterada conforme previsto em edital. Nenhuma área poderá ser acrescentada nem excluída.

MATRÍCULA ONLINE

VOLTAR AOS MENUS

1 2 3 4 5 CONCLUIR

CONCLUIR INSCRIÇÃO

Confirme seus dados abaixo. Após a conclusão apenas a ordem de preferência poderá ser alterada conforme previsto em edital. Nenhuma área poderá ser acrescentada nem excluída.

Nome	KATIANE TESTE
CPF	21161426019
Local de Prova	CUIABA

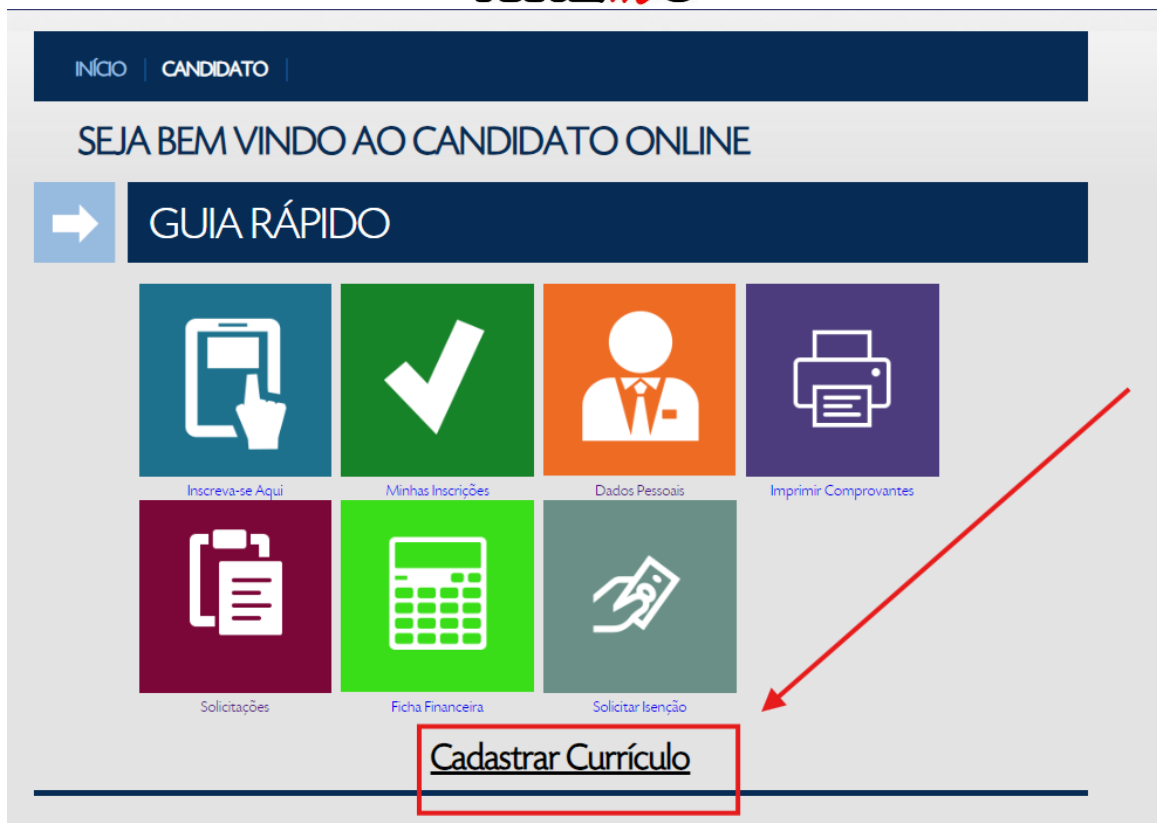
ORDEM	ESPECIALIDADE	INSTITUIÇÃO
1	Ginecologia e Obstetrícia	Santa Casa de Misericórdia e Maternidade de Rondonópolis

VOLTAR

PARA CONCLUIR SUA INSCRIÇÃO CLIQUE AQUI

7. Avaliação Curricular

No mesmo momento da inscrição deverá ser preenchido o currículo e anexados documentos comprobatórios conforme modelo de avaliação curricular (**anexo 1 – programas com entrada direta ou anexo 2 – programas com pré-requisito**).



Lembrando que é necessário concluir o currículo e enviar para a análise.

A opção "Apenas salvar posteriormente editar o preenchimento" não gera o boleto.

- Ao clicar em **CONCLUIR E ENVIAR PARA ANÁLISE** não será possível alterar nenhum dado ou documento posteriormente. Revise antes de concluir.

☐ 12.a. 01 (uma) participação como autor ou coautor de livro técnico da área médica já publicado, EXCLUINDO-SE livros sem ficha catalográfica, publicações como manuais de procedimentos ou similares, questões de provas comentadas, publicações internas de Instituições, ou outras publicações equivalentes.

☐ 12.b. Não possui documento para este item 0,00 pontos 0,50 pontos

Esta é a última página do currículo. O que você deseja fazer?

Caso você não complete o preenchimento dentro do prazo previsto, o currículo será enviado automaticamente com os documentos inseridos até aquele momento. Após enviado o currículo, não pode ser alterado e nenhum outro documento poderá ser acrescentado.

8. Orientações:

Leia atentamente todos os avisos e instruções exibidos na tela antes de iniciar sua



inscrição.

Após a conclusão da inscrição, não será permitida a inclusão ou exclusão de vagas. Será possível apenas alterar a ordem de preferência das vagas, observando os prazos e condições estabelecidos no edital.

Após finalizar a escolha das especialidades, o candidato deverá efetuar o preenchimento do currículo e envio dos comprovantes.

Em seguida, os documentos de identificação e de formação acadêmica serão analisados para validação da inscrição.

Após a validação da documentação, o candidato deverá:

- gerar o boleto bancário; e
- efetuar o pagamento da taxa de inscrição para confirmar sua participação no processo seletivo.

Após realizar o pagamento, o candidato deverá acompanhar a confirmação da baixa bancária no sistema. A compensação do pagamento poderá ocorrer no prazo de **2 a 3 dias úteis**, conforme o banco responsável pelo processamento da transação.