

5ª EDIÇÃO DO EXAME NACIONAL DE RESIDÊNCIA (2025/2026)
EDITAL Nº 04/2025 - RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL E EM ÁREA PROFISSIONAL DA SAÚDE

INFORMAÇÕES DE MATRÍCULA ENARE 2025/2026

Retificado em 14/01/2026 16:30:05

1. Da Instituição

Associação Vitoriense de Educação, Ciências e Cultura – AVEC

2. Do procedimento de matrícula na instituição

2. Do procedimento de matrícula na instituição

2.1 O processo de matrícula será realizado de forma presencial

2.2 O candidato ou o seu representante legal, munido de procuração original com firma reconhecida em cartório (**ANEXO I**), observando rigorosamente as etapas e prazos descritos no **item 4**, deverá comparecer à instituição portando o **contrato DIGITADO E IMPRESSO (não serão aceitos contratos preenchidos manualmente) (ANEXO II)** e documentos conforme **item 3**.

2.3 Em nenhuma hipótese será realizada matrícula por meio diverso ao estabelecido neste edital. Matrículas intempestivas, condicionais, fora dos padrões, com erro ou falta total ou parcial de preenchimento de dados, com erro ou falta total ou parcial de envio de documentos necessários implicará em indeferimento.

2.4 Os candidatos convocados na Lista de Reserva Local e na Lista de Reserva Nacional terão o prazo de **2 (dois)** dias úteis para comparecer à instituição, munidos dos documentos exigidos no Item 3 deste edital, a fim de realizar a matrícula. O não comparecimento no prazo estabelecido será considerado como desistência da vaga, implicando na perda da oportunidade de matrícula, que será oferecida ao próximo candidato da lista.

2.5 Caso a convocação tenha se dado após o início do Programa de Residência, o candidato ficará obrigado a se apresentar na instituição no **1.º (primeiro) dia útil subsequente à convocação**, sob pena de perda da vaga.

2.6 Com relação às vagas destinadas a pessoas com deficiência (PCD), a compatibilidade entre as atribuições do cargo e a deficiência apresentada pelo candidato será também avaliada durante o período da residência. Caso seja identificada incompatibilidade entre a deficiência apresentada pelo residente e as atribuições da especialidade, poderá haver o seu desligamento do Programa de Residência, a critério da Instituição.

2.7 Com relação às vagas destinadas aos candidatos pretos e pardos, indígenas e quilombolas, detectada falsidade na declaração a que se refere o EDITAL Nº 04/2025 - RESIDÊNCIA UNIPROFISSIONAL EM PATOLOGIA BUCAL, sem prejuízo das sanções penais cabíveis, sujeitar-se-á o candidato à pena de exclusão, assegurada em qualquer hipótese, a ampla defesa e o contraditório.

2.8 É de responsabilidade do candidato acompanhar a sua classificação e sua posição ao longo do prazo estabelecido para matrícula.

2.9 O residente efetivamente matriculado no programa de Residência que deixar de se apresentar ou de justificar sua ausência, por escrito, em até 24 (vinte e quatro) horas do início do programa será considerado desistente, ficando a Instituição autorizada a convocar, no dia seguinte, outro candidato aprovado, em ordem decrescente de classificação.

2.10 Em nenhuma hipótese poderão ser realizados acordos pessoais entre candidatos, tampouco pelas Instituições, para permuta de candidatos entre Instituições.

2.11 Em caso de desistência de algum candidato ou residente já matriculado, será convocado o próximo candidato classificado. As desistências de residente já matriculado devem ser formalizadas através de formulário específico contido no ANEXO III.

2.12 O início do ano letivo para todos os programas está previsto para o 1º (primeiro) dia útil do mês de março de 2026.

2.13 A matrícula implicará no compromisso de aceitação, por parte do candidato, das condições referentes à seleção do Enare e demais disposições estabelecidas pelo regimento interno da Comissão de Residência Multiprofissional e em Área profissional de Saúde (COREMU) da instituição formadora.

3. Dos Documentos necessários para matrícula na instituição

3. Dos Documentos necessários para matrícula na instituição

3.1 Serão aceitos:

- a. Cópias simples com a apresentação dos documentos originais, para verificação de autenticidade e conformidade; ou
- b. Cópias autenticadas em cartório que ficarão retidas na instituição.
- c. Documento(s) em formato digital (emitido(s) pela internet) impressos que possuem QR Code ou código verificador, desde que seja possível comprovar a autenticidade com o documento online.

3.2 Diploma de graduação emitido por instituição de ensino superior reconhecido pelo Ministério da Educação (MEC). Caso ainda não possua o diploma, será aceito certificado ou declaração de conclusão de curso de graduação em profissão da saúde, devendo o candidato apresentar o diploma assim que for emitido.

3.3 O candidato estrangeiro ou brasileiro formado no exterior somente poderá ser matriculado no programa caso, no ato da matrícula, comprove, mediante documento(s), que o diploma foi revalidado nos termos da legislação vigente;

- 3.4 Para estrangeiros, há a exigência de comprovação de imigração regular no Brasil e Certificado de Proficiência em Língua Portuguesa (Celpe-Bras), emitido pelo Instituto Nacional de Estudos de Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (Inep);
- 3.5 O estrangeiro, mesmo o formado no Brasil, deve apresentar comprovante de autorização de residência no país por tempo compatível com a realização da residência, de acordo com a legislação aplicável;
- 3.6 Documento de registro geral de identificação; (os novos documentos não possuem RG, apenas CPF)
- 3.7 Cadastro de Pessoa Física (CPF) ativo;
- 3.8 Registro no Conselho Regional Profissional do Estado de Pernambuco (inscrição definitiva ou provisória). Caso não possua o registro no Conselho do Estado, deve apresentar visto provisório, solicitado no Conselho de origem enquanto aguarda transferência);
- 3.9 Documento de Reservista ou de Dispensa do Serviço Militar Obrigatório, para os participantes do sexo masculino;
- 3.10 Comprovante de residência em nome do candidato ou de seus pais, ou declaração de residência (**ANEXO IV** – Declaração de endereço de Residencia). Se o comprovante de residência estiver em nome do cônjuge, será necessário cópia da Certidão de Casamento ou declaração de união estável. Em caso de aluguel, deverá apresentar o contrato de aluguel.
- 3.11 Certidão comprovante de quitação de obrigações eleitorais emitida a partir 1º de janeiro de 2026;
- 3.12 PIS/PASEP – Programa de Integração Social/Programa de Formação do Patrimônio do Servidor Público; NIS – Número de Identificação Social; NIT – Número de Inscrição do Trabalhador;
- 3.13 Cartão de vacinação atualizado e comprovação de vacinação (esquema vacinal completo) para Coronavírus, Tétano, Sarampo, Difteria e Hepatite B;

4. Das Etapas e Prazos

4. Das Etapas e Prazos

- 4.1 A matrícula será presencial.
- 4.2 Para fins de organização do processo de matrícula, os candidatos conforme o cronograma abaixo.
- 4.3 As convocações em virtude de desistências e não comparecimentos serão realizadas no dia 12/02/2026, devendo os candidatos comparecerem nos dias 19 e 20/02/2026, em razão do feriado de Carnaval. O residente é responsável pela verificação das convocações através dos canais oficiais.

4.4 A data de início do contrato deverá ser dia 02/03/2026 (não alterar no contrato); a data de fim do contrato deverá ser correspondente ao ano de conclusão do Programa de Residência, de acordo com a duração do programa disponível no edital. Por exemplo: 02/03/2028;

4.5 ASSOCIAÇÃO VITORIENSE DE EDUCACAO, CIENCIAS E CULTURA– AVEC, localizada na Rua do Estudante, 85 / Bairro: Universitário Vitória de Santo Antão, Sala da COREMU (localizada no 5º andar, junto a secretaria do curso de Medicina– entrada pela Portaria principal.

4.6 Cronograma de Atendimento

DATA	PROGRAMA	TURNO DE ATENDIMENTO
09/02/2026 (Segunda-feira)	Programa de Patologia Bucal	Das 09h às 17h
10/02/2026 (Terça-feira)	Programa de Patologia Bucal	Das 09h às 17h

5. Das Informações adicionais

5. Das Informações adicionais

5.1 A instituição não se responsabiliza por erros de preenchimento de dados, por quaisquer solicitações não recebidas por motivos de ordem técnica de computadores, falhas de comunicação, congestionamentos das linhas de comunicação, erro, extravio ou atraso em envio e/ou transferência de dados, bem como por outros fatores que impossibilitem a transferência de dados e/ou envio, por meio digital (quando for o caso), de documentos, exceto pelos que, comprovadamente, der causa.

5.2 Em caso de matrícula via procuraçao, o candidato deve providenciar a procuraçao conforme o Anexo I. A procuraçao deve ser reconhecida em cartório e apresentada fisicamente no dia da matrícula presencial.

5.3 Todos os dados fornecidos são de responsabilidade do residente.

5.4 Os candidatos que não conseguirem cumprir o cronograma de matrícula estipulado deverão apresentar uma solicitação formal de reagendamento, acompanhada de justificativa para a ausência, dentro do prazo de matrícula estabelecido para o seu programa. O reagendamento estará sujeito à disponibilidade de horários para o recebimento das solicitações.

5.5 Casos omissos serão resolvidos individualmente, por meio de contato por e-mail.

6. Das Informações de contato na instituição

1. Das Informações de contato na instituição

Endereço da Instituição: **Rua do Estudante, 85, Bairro Universitário, Vitória de Santo Antão**

- PE, CEP 55612-285

Local: Sala da COREMU (localizada no 5º andar, junto a secretaria do curso de Medicina – entrada pela Portaria principal).

PROGRAMA	E-MAIL	TELEFONE
Programa de Patologia Bucal PPB UNIFACOL	coremu@unifacol.edu.br	(81)3114-1200

7. Do Responsável na instituição

5. Do Responsável na instituição

Reitor:

Túlio Albuquerque Duarte Arruda

Pró-reitor Acadêmico:

Péricles Tavares Austregésilo Filho

Coordenadora da COREMU (Comissão de Residência Multiprofissional):

Rogéria Sandra Tenório Ferro Cursino

Coordenadora de Pós-Graduação:

Ana Greice Borba Leite

Anexo I - Anexo IV - DECLARAÇÃO DE ENDEREÇO

Anexo IV - DECLARAÇÃO DE ENDEREÇO

DECLARAÇÃO DE ENDEREÇO

Eu, _____, CPF _____, Nº _____, declaro para os devidos fins, nos termos da Lei 7.115/1983, sob minha responsabilidade, que mantenho residência e domicílio no endereço _____, bairro _____, número _____, município _____, Estado _____, CEP _____. Por ser a expressão da verdade, firmo a presente declaração para efeitos legais.

(Município/Estado), (data)

Assinatura

Anexo II - Anexo III - TERMO DE DESISTÊNCIA

Anexo III - TERMO DE DESISTÊNCIA

TERMO DE DESISTÊNCIA

Eu, _____, CPF _____
Nº _____, candidato à 5ª Edição do Enare e inscrito (a) no Programa de Residência Uniprofissional em Patologia Bucal da Associação de Educação, Ciência e Cultura – AVEC para o ano de 2026, solicita o cancelamento irrevogável da inscrição no referido Programa.

(Município/Estado), (data)

Assinatura

Anexo III - Anexo I - MODELO DE PROCURAÇÃO

Anexo I - MODELO DE PROCURAÇÃO

PROCURAÇÃO

Eu, _____, CPF _____,
Nº _____, residente e domiciliado(a) no endereço
_____ número _____, bairro _____ município _____, Estado _____,
CEP _____, telefone ___, pelo presente instrumento particular nomeo e constitui como seu (sua)
bastante Procurador(a) _____, CPF Nº_____, residente e domiciliado(a) no endereço _
_____ número _____, bairro_____, município ___, Estado_____, CEP ___, telefone _____
, com poderes para atuar junto à COREMU/AVEC/UNIFACOL, para realização da matrícula da
residência, podendo praticar qualquer ato no âmbito da matrícula, inclusive podendo transigir, firmar
acordo ou compromisso, formular requerimentos, petições, solicitar cópias, bem como praticar todo e
qualquer ato necessário para o bom e fiel cumprimento deste mandato, responsabilizando-se por todos
os atos praticados no cumprimento deste instrumento particular, cessando os efeitos deste mandato a
partir da finalização da matrícula.

(Município/Estado), (data)

Assinatura com firma reconhecida em cartório

Anexo IV - Anexo II - CONTRATO PADRÃO DE MATRÍCULA PARA PROFISSIONAIS DE SAÚDE RESIDENTES

Anexo II - CONTRATO PADRÃO DE MATRÍCULA PARA PROFISSIONAIS DE SAÚDE RESIDENTES

**CONTRATO PADRÃO DE MATRÍCULA PARA PROFISSIONAIS DE SAÚDE
RESIDENTES E TERMO DE COMPROMISSO COM O PROGRAMA DE
RESIDÊNCIA UNIPROFISSIONAL EM PATOLOGIA BUCAL DA
ASSOCIAÇÃO VITORIENSE DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E CULTURA – AVEC
– CENTRO UNIVERSITÁRIO FACOL (UNIFACOL)**

Programa:	Duração (meses):	Início: ___/___/___	Fim: ___/___/___
Nome:			
Nome Social:		Data de Requerimento:	
CPF:	Data de Nascimento: ___/___/___	Sexo: Fem <input type="checkbox"/>	Masc <input type="checkbox"/>
Estado Civil:	Possui União Estável?		
Nacionalidade:	Naturalidade:		UF:
Título de Eleitor:	Nº do PIS/PASEP/NIT:		
Nome da Mãe:			
Cor:	Grupo Sanguíneo:	Fator RH:	
Possui Deficiência:	Grupo:	Código:	

Identidade:	Órgão Expedidor:	Data de expedição: ___/___/___	
Endereço:		Nº	
Complemento:	Bairro:		
Cidade:		UF:	CEP:
Tel:	Cel:	E-mail:	
Contato de Familiar	Nome:	Tel./Cel:	E-mail:
Dados Bancários (só serão aceitas CONTAS SALÁRIO e de instituições que tenham agencias físicas):			
Banco:			
Agência:	Dígito:	Conta Corrente:	Dígito:
Entrada por Cotas?			

Pelo presente TERMO, eu,
 _____, identidade nº
 _____, órgão _____, Estado _____, após lido integralmente e abaixo assinado,
 ciente dos meus deveres na condição de residente, **assumo** o compromisso de respeitar e cumprir o
 programa, regimento, normas vigentes e o cronograma das atividades teóricas e práticas estabelecido
 pela Coordenação da Residência Uniprofissional em Patologia Bucal da Associação Vitoriense de
 Educação, Ciência e Cultura - AVEC, conforme o exposto a seguir.

1 - DAS LEGISLAÇÕES ESPECÍFICAS APLICADAS

1. Lei 11.129, de 30 de junho de 2005 instituída pela Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS) e estruturada pela Portaria Interministerial nº 1.320, de 11 de novembro de 2010;
2. Portaria Interministerial nº 1.077, de 12 de novembro de 2009, que dispõe sobre a **Residência Uni e Multiprofissional em Saúde**, institui o **Programa Nacional de Bolsas** para Residências Multiprofissionais e a **Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde**;
3. Resolução nº 03 da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS), de 04 de maio de 2010, que dispõe sobre a duração e a carga horária dos programas de Residência Multiprofissional em Saúde, bem como sobre a avaliação e a frequência dos profissionais da saúde residentes;
4. Resolução nº 03 da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS), de 17 de fevereiro de 2011, que dispõe sobre licenças, trancamentos e outras ocorrências de afastamento de profissionais da saúde residentes;
5. Resolução nº 02, de 13 de abril de 2012, que dispõe sobre diretrizes gerais para os Programas de Residência Multiprofissional e em Área Profissional de Saúde;
6. Estatutos e Regimentos da Associação Vitoriense de Educação, Ciência e Cultura - AVEC, da COREMU/AVEC e do Programa de Residência UniprofissionL, como também o_ Código de Ética Profissional e as normas emitidas dos Departamentos e Instituições/Serviços que fazem parte do Programa;
7. Demais resoluções e alterações regimentais que venham a surgir;
8. Não será permitido a permanência do residente durante os dois anos de residência caso se encontre irregular junto ao seu respectivo Conselho Profissional (validade de carteira, mensalidade etc);
9. Será descontado mensalmente do valor da bolsa, a parcela vigente referente a contribuição do INSS, que não poderá ser abonada.

2. - DA VIGÊNCIA DO PROGRAMA

Cumprirei o prazo de vigência do Programa de Residência UNI/Multiprofissional ou em área profissional da Saúde durante o mínimo de 02 (dois) anos, com início em ____ / ____ / ____ e conclusão em ____ / ____ / ____ , na categoria _____ de _____, área de concentração _____, com carga horária semanal de 60h de trabalho, incluídos finais de semana e feriados determinados pela coordenação do Programa, em regime de dedicação exclusiva*.

A dedicação exclusiva do residente restringe a possibilidade deste trabalhar, concomitantemente, na atividade profissional de sua formação. Ademais, não poderá cumular a bolsa recebida com outra verba de caráter indenizatório (Regimento da COREMU, Art.29, §1º)

3- DO FINANCIAMENTO DO PROGRAMA

Cumprirei o Programa de Residência Multiprofissional ou em área profissional da Saúde fazendo jus a uma Bolsa de Estudos, financiada pelo Ministério da Educação ou da Saúde, fixada e regulamentada pelas normas editadas pela Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS).

4 - DA RELAÇÃO ENTRE AS PARTES

1. Estou ciente que o Programa de Residência Multiprofissional ou em área profissional da Saúde NÃO IMPLICA EM VÍNCULO EMPREGATÍCIO de qualquer natureza com a Associação Vitoriense de Educação, Ciência e Cultura – AVEC, Centro Universitário FACOL (UNIFACOL) ou qualquer outro ente público ou privado.
2. O Programa de Residência Uniprofissional em Patologia Bucal garante ao residente que cumprir as normas estabelecidas gozará:
 - a) Direito a 1 (um) dia de folga semanal;
 - b) 30 (trinta) dias corridos de descanso por ano de atividade na residência no mês de janeiro (R2) e mês de fevereiro (R1);
 - c) Licença de gestação de 4 (quatro) meses (podendo prorrogar por mais dois meses mediante a solicitação da residente);
 - d) Deslocamento entre o município da Vitória de Santo Antão e o Hospital Conveniado – HCP (Recife-PE);
 - e) Sala de estar nas dependências do Centro Universitário FACOL (UNIFACOL);
 - f) Armários para guarda dos pertences, que deverão ser devolvidos ao final da residência vazios e sem cadeados;
 - g) Declaração de vínculo regular como residente (1º e 2º ano) para solicitar: a) carteira de estudante; b) empréstimo de livros e utilização de dependências da biblioteca que pertence ao campus.\

2 - DAS INCOMPATIBILIDADES

1. Comprometo-me a não exercer atividades profissionais em Instituição pública ou privada,

no decorrer dos dois anos do Programa de Residência Uniprofissional em Patologia Bucal, sob pena de EXCLUSÃO do Programa.

2. Comprometo-me a não receber Bolsa de Estudos de qualquer natureza, de outra Instituição Pública ou Privada durante a vigência do Programa de Residência Uniprofissional em Patologia Bucal declarando desde já não ser detentor de nenhuma, sob pena de EXCLUSÃO do Programa.

3. Comprometo-me a devolver as quantias recebidas a títulos de bolsa por não obediência aos itens deste termo, bem como recebimento indevido quando do afastamento do Programa após a assinatura deste instrumento.

4. Estou ciente que deverei declarar se vier a cursar outras atividades acadêmicas em concomitância com a Residência, entregando automaticamente documento da instituição ofertante que comprove a compatibilidade de horários com a Residência à coordenação do programa. O não cumprimento deste termo me sujeita a ser submetido às sanções disciplinares regimentais.

3 - DOS CASOS OMISSOS

1. Os casos omissos serão resolvidos pelo Colegiado do respectivo Programa de Residência em Patologia Bucal, pela Comissão de Residências Multiprofissionais e em Área Profissional da Saúde da AVEC (COREMU/AVEC) e, em última instância, pela Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS).

4 - DAS DISPISIÇÕES FINAIS

1. Estou ciente que, até o final do primeiro ano do Programa de Residência, necessito entregar cópia autenticada do diploma de graduação e da carteira definitiva do Conselho Profissional.

2. Ciente, assino este termo, certo de que o não cumprimento dos compromissos por mim assumidos implicará na minha EXCLUSÃO do Programa de Residência.

Vitória de Santo Antão, / / 2026.

Assinatura do(a) Profissional de Saúde Residente