



EDITAL SIMPLIFICADO PARA VAGA REMANESCENTE

PROCESSO SELETIVO DE RESIDÊNCIA MÉDICA 2024

PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA MÉDICA:

PEDIATRIA (R4) – NEONATOLOGIA – IFF
PEDIATRIA (R4) – INFECTOLOGIA PEDIÁTRICA – IFF

Rio de Janeiro
Fevereiro de 2024

Ministério da Saúde

Nísia Verônica Trindade Lima

Fundação Oswaldo Cruz

Presidente: Mário Moreira

Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes

Figueira**Diretor:** Antônio Flávio Vitarelli Meirelles

Coordenação de Educação: Carla Trevisan Martins Ribeiro e Zilton Farias Meira de Vasconcelos

**Residência Médica do Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente
Fernandes Figueira**

Coordenador Geral: Ana Elisa Rodrigues Baião

Vice Coordenador Geral: Marcio Fernandes Nehab

Supervisora da área de atuação Neonatologia: Ana Beatriz Souza Machado

Supervisor da área de atuação Infectologia Pediátrica: Marcos Vinícius Pone

SUMÁRIO

1.	APRESENTAÇÃO	4
2.	RESIDÊNCIA MÉDICA	5
3.	CRONOGRAMA DO PROCESSO SELETIVO RESIDÊNCIA MÉDICA	7
4.	PROGRAMAS OFERECIDOS	9
5.	REQUISITOS PARA INGRESSO NA RESIDÊNCIA MÉDICA	10
6.	INSCRIÇÕES	12
7.	PROVAS	24
8.	REALIZAÇÃO DA PROVA OBJETIVA (ETAPA ÚNICA).....	25
9.	DIVULGAÇÃO DO GABARITO E DOS RECURSOS.....	31
10.	RESULTADO FINAL.....	34
11.	CRITÉRIOS DE DESEMPATE.....	35
12.	MATRÍCULA	36
13.	RECLASSIFICAÇÃO	46
14.	DESISTÊNCIA	47
15.	DISPOSIÇÕES GERAIS	48
	ANEXO 1 – CONTEÚDOS PROGRAMÁTICOS E REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	51
	ANEXO 2 – REQUERIMENTO DE CONDIÇÕES ESPECIAIS	53
	ANEXO 3 - REQUERIMENTO ISENÇÃO DA TAXA DE INSCRIÇÃO.....	54
	ANEXO 4 – RELAÇÃO DE VACINAS A SEREM COMPROVADAS E ESQUEMA ADEQUADO... 55	
	ANEXO 5 - TERMO DE RESPONSABILIDADE - VACINAÇÃO.....	56
	ANEXO 6 - FORMULÁRIO DE MATRÍCULA IFF R4 2023.....	57
	ANEXO 7 - TERMO DE COMPROMISSO.....	58
	ANEXO 8 – FORMULÁRIO DE CADASTRO DE PROFISSIONAL	60
	ANEXO 9 – DECLARAÇÃO DE VERACIDADE	86
	ANEXO 10 - TERMO DE CONSENTIMENTO PARA TRATAMENTO DE DADOS PESSOAIS - LEI Nº 12.709, DE 14 DE AGOSTO DE 2018 LEI GERAL DE PROTEÇÃO DE DADOS PESSOAIS – LGPD.....	91
	ANEXO 11 – FORMULÁRIO PARA PEDIDO DE RECURSO	91
	ANEXO 12 TERMO DE RENÚNCIA – ALOJAMENTO.....	92
	ANEXO 13 – DECLARAÇÃO DE NÃO CUSTEIO DE CURSO PREPARATÓRIO.....	93
	ANEXO 14 – FORMULÁRIO – PESSOAS COM DEFICIÊNCIA.....	94

1. APRESENTAÇÃO

O Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira (IFF), que tem como missão “*melhorar a qualidade de vida da mulher, da criança e do adolescente por meio de ações articuladas de pesquisa, ensino, atenção integral à saúde, cooperação técnica nacional e internacional e desenvolvimento e avaliação de tecnologias, como subsídio para formação de políticas públicas nacionais*”, torna público o edital simplificado para vagas remanescentes de convocação para o Processo Seletivo ao programa de Residência Médica existente no citado instituto, a iniciar-se em 2024, visando o preenchimento de 06 (seis) vagas de R4, de acordo com as Normas e Resoluções emanadas pela Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM).

Este EDITAL entrará em vigor na data de sua publicação.

O EDITAL deve ser lido com atenção, pois nele estão contidas informações importantes quanto a pré-requisitos e procedimentos para inscrição, realização das provas, divulgação dos resultados, reclassificação e matrícula.

A inscrição no Processo Seletivo implica a aceitação dos termos contidos neste documento.

A interposição de recursos relativos ao conteúdo desse edital poderá ser feita no período de 01 e 02/01/2024, de 9h às 16h, no Centro de Estudos Olinto de Oliveira, pelo candidato ou procurador legalmente constituído.

CARLA TREVISAN MARTINS RIBEIRO
ZILTON FARIAS MEIRA DE VASCONCELOS
Coordenação de Educação – IFF/Fiocruz

2. RESIDÊNCIA MÉDICA

2.1. Natureza dos programas: A Residência Médica constitui modalidade de ensino de Pós-graduação *Lato Sensu*, sob a forma de curso de especialização, destinada a médicos e caracterizada por treinamento em serviço, em regime de tempo integral, com 60 horas semanais. O programa de Residência Médica do IFF é credenciado pela Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM).

2.2. Número de programas de Residência Médica que podem ser cursados: o art. 56 da [Resolução CNRM 02/2005](#):

“(...) É vedado ao médico residente repetir programas de Residência Médica, em especialidades que já tenha anteriormente concluído, em instituição do mesmo ou de qualquer outro Estado da Federação.

§1º. A menos que se trate de pré-requisito estabelecido pela Comissão Nacional de Residência Médica, é vedado ao médico residente realizar programa de Residência Médica, em mais de 2 (duas) especialidades diferentes, em instituição do mesmo ou de qualquer outro Estado da Federação.

§2º. É permitido ao Médico Residente cursar apenas 01 (uma) área de atuação em cada especialidade

2.3. Bolsas dos residentes: Todos os programas tem início em **01/03/2024** e os residentes farão jus à bolsa cujo valor bruto - regulamentado pelos Ministérios da Educação (MEC) e da Saúde (MS) [Portaria Interministerial MEC/MS nº 9, de 13 de outubro de 2021](#) - está atualmente fixado em R\$ 4.106,09 (quatro mil, cento e seis reais e nove centavos), sujeito a descontos, retenções tributárias e previdenciárias nos termos da Lei. No caso de algumas licenças, como por exemplo, motivo de doença com afastamento maior do que 15 (quinze) dias e licença maternidade, e o pagamento da bolsa será suspenso, retornando após o término da licença, quando da reposição da carga horária. Neste período de licença o residente terá que ingressar com pedido de concessão do benefício junto ao INSS para receber o respectivo auxílios (caso cumpra o período mínimo de carência previstos para cada caso. Especificamente no caso da licença-maternidade o prazo pago pelo INSS é de 4 meses. O calendário de pagamento das bolsas se dará conforme normas do órgão financiador (Fiocruz ou Ministério da Saúde), bem como do tempo necessário para o processamento da instituição bancária. Eventuais atrasos no pagamento das bolsas não são de responsabilidade da unidade proponente dos programas de residência.

2.4. Critérios para conclusão dos programas: Para obtenção do certificado de término do Programa de Residência Médica, além de frequência e desempenho adequados, **é obrigatória** a apresentação de um trabalho de conclusão de curso aprovado até um mês antes a data de finalização de seu programa, sob a forma de texto científico ou sobre inovação tecnológica, na forma de artigo, projeto de pesquisa ou texto para revisão e modificação de condutas, com aplicabilidade no trabalho. Todos os produtos decorrentes deste curso deverão ser disponibilizados conforme a política de Acesso Aberto da Fiocruz.

3. CRONOGRAMA DO PROCESSO SELETIVO RESIDÊNCIA MÉDICA – EDITAL SIMPLIFICADO

ETAPAS	DATAS	HORÁRIOS	LOCAIS
Inscrições	05/02/2024 a 20/02/2024	Até às 23h59	SIGA-LS da Fiocruz ¹
Entrega dos documentos de inscrição (comprovante original de pagamento da taxa de inscrição, Formulário de Solicitação de inscrição)	05/02/2024 a 20/02/2024	Até às 23h59	Formulário de inscrição ²
Solicitação de isenção de taxa de inscrição	05/02/2024 a 09/02/2024	Até às 23h59	Formulário de inscrição ³
Divulgação da relação dos candidatos isentos da taxa de inscrição	15/02/2024	Até às 16h	SIGA-LS da Fiocruz ¹
Recursos para inscrições não homologadas dos isentos da taxa de inscrição	16/02/2024	Até às 23h59	Email ⁴
Resultado do julgamento dos recursos das inscrições não homologadas dos isentos da taxa de inscrição	19/02/2024	16h	SIGA-LS da Fiocruz ¹
Solicitação de condições especiais para realizar a prova	Até 20/02/2024	Até às 23h59	Formulário de inscrição ²
Homologação das inscrições	26/02/2024	A partir das 16h	SIGA-LS da Fiocruz ¹
Recursos para inscrições não homologadas	27/02/2024	Até às 12h	Email ⁴
Resultado do julgamento dos recursos das inscrições não homologadas	29/02/2024	A partir das 16h	SIGA-LS da Fiocruz ¹
Etapa 1 – Prova Objetiva tipo múltipla escolha	05/03/2024	9h30	CEO ⁵
Encerramento do acesso de candidatos ao local da Etapa 1	05/03/2024	8h30	CEO ⁵
Divulgação do gabarito preliminar	05/03/2024	Até às 16h	SIGA-LS da Fiocruz ¹
Interposição de recursos às questões da prova objetiva	06/03/2024	9h às 23h59	Formulário de recurso RedCap ⁶
Julgamento dos recursos interpostos às questões da prova objetiva	07/03/2024	-	Banca Avaliadora

ETAPAS	DATAS	HORÁRIOS	LOCAIS
Resultado do julgamento dos recursos interpostos às questões da prova objetiva - Gabarito final	07/03/2024	Até às 16h	SIGA-LS da Fiocruz ¹
Resultado da Prova Objetiva (Etapa 1)	08/03/2024	Até às 16h	SIGA-LS da Fiocruz ¹
Divulgação das datas, horários e locais da Etapa 2 – Análise de Currículo e Título - Presencial	08/03/2024	Até às 16h	SIGA-LS da Fiocruz ¹
Etapa 2 – Análise de Currículo Presencial	11/03/2024	8h às 16h	CEOO ⁵
Resultado da Análise de Currículo e Título Presencial e Resultado Final	11/03/2024	Após às 16h	SIGA-LS da Fiocruz ¹
Ato da Matrícula	12/03/2024	Até às 23h59	Formulário de matrícula
Resultado preliminar e recurso aos pedidos de matrícula pendentes	11/03/2024	10h às 23h59	E-mail ⁷
Resultado final da matrícula	15/03/2024	16h	SIGA-LS ¹
Início dos programas das Residências Multiprofissional e Uniprofissional em Saúde	16/03/2024	8h	IFF ⁸

1 SIGA-LS da Fiocruz: <https://www.sigals.fiocruz.br/pub/inscricao.do?CodM=5&codN=1&codC=1&codI=474>

2 Entrega dos documentos de inscrição: <https://redcap.fiocruz.br/redcap/surveys/?s=3DLYTR7YDCMJL9T>

3 Solicitação de isenção de taxa de inscrição: <https://redcap.fiocruz.br/redcap/surveys/?s=3DLYTR7YDCMJL9T>

4 Recursos para inscrições não homologadas dos isentos e inscrições não homologadas: email selecao.residencia.iff@fiocruz.br

5 Centro de Estudos Olinto de Oliveira - IFF – Av Rui Barbosa, 716 - Rio de Janeiro CEP: 22251- 090

6 Interposição de recursos às questões da prova objetiva: <https://redcap.fiocruz.br/redcap/surveys/?s=JWLHR4MK4L8AWJCT>

7 Resultado preliminar e recurso aos pedidos de matrícula pendentes: residencias.iff@fiocruz.br

8 Instituto Nacional de Saúde da Criança, da Mulher e do Adolescente Fernandes Figueira

(IFF/Fiocruz) Térreo – IFF – Av Rui Barbosa, 716 – Flamengo – Rio de Janeiro

4.PROGRAMAS OFERECIDOS

ÁREAS DE ATUAÇÃO	PRÉ REQUISITO	VAGAS (Nº)	DURAÇÃO (ANOS)
Pediatria (R4) – Neonatologia	Residência Médica em Pediatria	4	2
Pediatria (R4) – Infectologia Pediátrica	concluída ou a concluir até 28/02/2024	2	2

5. REQUISITOS PARA INGRESSO NA RESIDÊNCIA MÉDICA

- 5.1 Ter concluído o curso de graduação plena em medicina, realizado em instituições credenciadas pelo Ministério da Educação (MEC).
- 5.2 Ter situação regularizada junto ao Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro (CREMERJ).
- 5.3 Candidatos oriundos de outros Estados da Federação deverão possuir habilitação para atuar profissionalmente no Estado do Rio de Janeiro.
- 5.4 Candidato brasileiro graduado no exterior deverá apresentar diploma de graduação em Medicina, revalidado em universidade pública brasileira ou certificado de aprovação no Revalida e possuir registro no CREMERJ.
- 5.5 Os **candidatos estrangeiros**, obrigatoriamente, além do diploma revalidado e do registro no CREMERJ, deverão ter visto permanente no Brasil.
- 5.6 Ter cumprido o **pré-requisito das especialidades**, conforme indicadas no quadro descritivo do item 4 deste Edital. **O documento oficial a ser apresentado deverá ter sido expedido pela Instituição em que foi cumprido o pré-requisito em Residência Médica (2.880 horas/ano), do qual conste dia, mês e ano de início e de término da Residência, assim como o número e a data do Parecer da Comissão Nacional de Residência Médica que credenciou o Programa.**
- 5.7 Estar em dia com as obrigações eleitorais.
- 5.8 Estar em dia com o serviço militar obrigatório, se do sexo masculino.
- 5.9 Ter sido aprovado e selecionado no Processo Seletivo, na forma estabelecida pelas Resoluções CNRM/MEC nº [03/2001](#) (alterada pela [01/2014](#)), [02/2005](#) (alterada pela [04/2007](#)), [05/2010](#), [07/2010](#), [04/2011](#), [02/2015](#) (alterada pela [35/2018](#)) e [01/2017](#); pelas Notas Técnicas CNRM/MEC nº [94/2015](#), [35/2017](#) e [07/2019](#); por este edital, seus anexos e possíveis alterações.
- 5.10 Estar ciente de que não existe vínculo empregatício entre as instituições que oferecem os programas de Residência Médica, IFF, e o médico residente, que assinará o contrato como bolsista, e deverá ser filiado ao Regime Geral da Previdência Social como contribuinte individual, conforme previsto na [Lei Federal nº 12.514 de 28 de outubro de 2011](#).

6 INSCRIÇÕES

6.1 Procedimentos para Inscrição: no período, local e horários constantes no item 3 deste Edital (Cronograma do Processo Seletivo), o candidato para inscrever-se deverá:

6.1.1 Certificar-se de que preencherá até o ato de matrícula todos os requisitos exigidos neste Edital para a participação neste Processo de Seleção.

6.1.2 Acessar a Plataforma Siga-Fiocruz de Gestão Acadêmica do *Lato sensu* (SIGA-LS) no endereço: <http://www.sigals.fiocruz.br/publico.do>. Na página inicial do SIGA-LS, seguir os seguintes passos:

- a) **no menu lateral**, clicar no item "INSCRIÇÃO";
- b) **no subitem Modalidade**, clicar na opção "PRESENCIAL";
- c) **no subitem Categorias**, clicar na opção "RESIDÊNCIA";
- d) **no subitem Unidade**, clicar na opção "Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente – IFF”
- e) **no subitem Classe**, clicar na opção do Programa de Residência Médica ao qual deseja se inscrever.

Observação: o acesso direto à área do SIGA-LS referente ao processo seletivo do presente Edital pode ser realizado também pelos endereços: SIGA - FIOCRUZ IFF (programas do IFF) que será disponibilizado na forma de *link* nos seguintes locais: página inicial do Portal IFF (www.iff.fiocruz.br), no menu superior “Acesso à informação” página “Cursos e Processos Seletivos” (<https://www.iff.fiocruz.br/index.php/cursos-processos-seletivos>).

6.1.3 Realizar a inscrição através do *link* que acessa o Formulário de Solicitação de Inscrição e optar por qual dos Programas de Residência Médica do IFF/Fiocruz que deseja concorrer.

6.1.4 Preencher todos os campos do Formulário de Solicitação de Inscrição, disponível no período reservado para inscrição e constante no item 3 deste Edital (Cronograma do Processo Seletivo), **imprimir, datar e assinar**.

6.1.5 Efetuar o pagamento da taxa de inscrição no valor de R\$ 290,00 (duzentos e noventa reais) até o limite do prazo estabelecido no item 3 deste Edital (Cronograma do Processo Seletivo), através de depósito bancário, documento de crédito (DOC), transferência eletrônica disponível (TED) ou PIX em favor do **Centro de Estudos Olinto de Oliveira(CEOO) S/C**, inscrito no **CNPJ 68.641.059/0001-00**, na seguinte conta: **Banco Itaú (341): Agência nº 9272 - Flamengo, Conta Corrente nº 04486-9. (CHAVE**

PIX(CNPJ): 68.641.059/0001-00). NÃO SERÁ ACEITO DEPÓSITO POR ENVELOPE.

6.1.6 Após realizar a inscrição na plataforma SIGA-LS (acesso descrito no item 6.1.2) e efetuar o pagamento da taxa de inscrição (itens 6.1.4 e 6.1.5), preencher e enviar os documentos necessários para inscrição através do link:

<https://redcap.fiocruz.br/redcap/surveys/?s=3DLYTR7YDCMJJL9T>

OBSERVAÇÃO: O não preenchimento de qualquer uma das etapas implicará na não homologação do candidato.

6.1.7 Documentos a serem anexados através do link citado no item 6.1.6:

- (a) **comprovante original** de pagamento da taxa de inscrição;
- (b) formulário de Solicitação de Inscrição **preenchido, datado e assinado**; e
- (c) comprovante de vacinação COVID-19 (Decreto Municipal - RJ Nº 49.335/2021).

Esses documentos deverão ser anexados rigorosamente no local, horário e período descritos no item 3 deste Edital (Cronograma do Processo Seletivo), **sob pena de que a inscrição não venha a ser homologada.**

6.1.8 Manter sob sua guarda uma cópia do comprovante de pagamento da taxa de inscrição, por questões de segurança e para esclarecimentos de eventuais dúvidas.

6.2 Não serão aceitas inscrições em caráter condicional.

6.3 O CEOO não se responsabilizará pelas solicitações de inscrições que eventualmente não sejam recebidas por motivo de ordem técnica dos computadores, falhas de comunicação, falha na internet, congestionamento de linhas de comunicação ou demais fatores de ordem técnica que impossibilitem a transmissão de dados, bem como paralisações e/ou greves relativas aos serviços bancários.

6.4 O simples preenchimento da ficha de inscrição no sistema e o recolhimento da taxa de inscrição na agência bancária não efetiva a inscrição no presente Processo Seletivo. **A efetivação será confirmada através do recebimento do crédito do pagamento pela instituição bancária e do recebimento da documentação exigida** no subitem 6.1.7 deste Edital, dentro dos prazos estipulados no item 3 deste Edital (Cronograma do Processo Seletivo).

6.5 A inscrição vale, para todo e qualquer efeito, como forma expressa de aceitação de todas as normas constantes no presente Edital, das quais o candidato não poderá alegar desconhecimento.

6.6 Não serão aceitas inscrições condicionais e/ou fora do período e horários estabelecidos, quaisquer que sejam as razões alegadas, salvo pelo adiamento oficial do período inicialmente divulgado.

- 6.7 Não serão aceitas inscrições via fax, correio eletrônico, ficha de inscrição com assinatura escaneada, cópia ou por qualquer outra via que não especificada neste Edital, inclusive via pagamento virtual (conta individual).
- 6.8 A taxa de inscrição não será devolvida em hipótese alguma, nem haverá parcelamento do seu valor.
- 6.9 Ao candidato será atribuída total responsabilidade pelo correto preenchimento do Formulário de Solicitação de Inscrição, especialmente quanto ao Programa de Residência Médica pretendido.
- 6.10 O candidato que fizer qualquer declaração falsa ao se inscrever, ou que não possa satisfazer todas as condições enumeradas neste Edital, terá cancelada sua inscrição, sendo anulados todos os atos dela decorrentes, mesmo que tenha sido aprovado no concurso.
- 6.11 A candidata que tiver necessidade de amamentar durante a realização das provas deverá observar as orientações contidas no subitem 6.24 deste Edital.
- 6.12 A solicitação de condição especial para realização da prova, deverá ser anexada juntamente com a inscrição contendo uma exposição de motivos, acompanhada de atestado médico com assinatura e registro do profissional (original ou cópia autenticada em cartório) emitido nos últimos 90 (noventa) dias antes do início das inscrições, **até o último dia** (data da postagem) definido no cronograma contido no item 3 deste Edital (Cronograma do Processo Seletivo).
- 6.13 Não serão concedidas condições especiais para a realização da prova ao candidato que não as solicitar no prazo mencionado.
- 6.14 A solicitação de condições especiais para a realização da prova estará sujeita à análise de viabilidade e de razoabilidade e será atendida e a inscrição homologada obedecendo-se aos critérios do Centro de Estudos Olinto de Oliveira.
- 6.15 O candidato poderá pleitear isenção da taxa de inscrição no período descrito no item 3 deste Edital (Cronograma do Processo Seletivo).
- 6.15.1 Para realização da inscrição com isenção do pagamento da taxa de inscrição, o candidato deverá preencher e assinar o requerimento padronizado para solicitação de isenção de taxa de inscrição (ANEXO 5 deste Edital), no qual irá firmar declaração de hipossuficiência e ao qual será anexada cópia dos documentos comprobatórios da renda própria e de todos os membros da família maiores de dezesseis anos dos quais dependa economicamente, devendo os mesmos, serem anexados, junto à ficha de inscrição do candidato, através do *link* de inscrição

<https://redcap.fiocruz.br/redcap/surveys/?s=3DLYTR7YDCMJL9T>

6.15.2 O candidato que apresentar uma das seguintes condições relacionadas abaixo deverá anexar cópia legível de documento comprobatório ([Resolução CNRM nº 07/2010-art.4º](#)):

- a) taxa de inscrição superior a 30% (trinta por cento) do vencimento/salário mensal do candidato, quando não tiver dependente; ou
- b) taxa superior a 20% (vinte por cento) do vencimento/salário mensal do candidato e o mesmo possuir até dois dependentes; ou
- c) taxa superior a 10% (dez por cento) do vencimento/salário mensal do candidato e o mesmo tiver mais de dois dependentes; ou
- d) o candidato declarar-se impossibilitado de arcar com o pagamento da taxa de inscrição e comprovar renda familiar mensal igual ou inferior a três salários mínimos ou renda individual ou inferior a dois salários mínimos;
- e) ser inscrito no Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal (CadÚnico) de que trata o Decreto nº 6.135, de 26 de junho de 2007, devendo indicar o Número de Identificação Social – NIS, atribuído pelo CadÚnico.

6.15.3 Relação de documentos comprobatórios referentes ao item 6.15.2:

- a) no caso de empregados registrados: Carteira de Trabalho e Previdência Social (CTPS) – páginas que contenham fotografia, identificação e anotação do último contrato de trabalho e da primeira página subsequente em branco e com correspondente data de saída anotada do último contrato de trabalho e comprovante de rendimentos correspondente ao mês 01/2023;
- b) no caso de autônomos, além dos itens constantes neste edital, inclui-se declaração de próprio punho dos rendimentos correspondentes a contratos de prestação de serviço e Recibo de Pagamento Autônomo;
- c) no caso de desempregados, Carteira de Trabalho e Previdência Social (CTPS) – páginas que contenham fotografia, identificação e anotação do último contrato de trabalho e da primeira página subsequente em branco ou com correspondente data de saída anotada do último contrato de trabalho e comprovação de estar ou não recebendo o seguro desemprego;

6.15.4 Além dos documentos necessários, à comprovação da renda própria e familiar, o candidato deverá enviar cópia dos seguintes documentos:

- a) documento de identidade do requerente;

- b) documento de identidade ou certidão de nascimento de todos os componentes do grupo familiar a que pertença o requerente;
- c) cadastro de Pessoa Física (CPF) do requerente e dos componentes do grupo familiar que o possuam;
- d) comprovante de residência (conta atualizada de luz, de água ou de telefone fixo, contendo o mesmo endereço indicado pelo candidato no Pedido de Inscrição);
- e) inscrição no Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal – CadÚnico de que trata o [Decreto Federal nº 6.135, e 26 de junho de 2007](#), devendo indicar o Número de Identificação Social – NIS, atribuído pelo CadÚnico;
- f) comprovar ser membro de família de baixa renda, nos termos do Decreto nº6.135/2007;
- g) declaração de próprio punho, assinada com a composição da renda familiar (componentes com as respectivas rendas) caso não tenha, declaração assinada informando não ser dependente financeiramente de terceiros;
- h) declaração do candidato (Anexo 13) de que não custeou com recursos próprios curso preparatório para o para o processo seletivo para ingresso no Programa de Residência Médica a que se candidata;
- i) comprovante de que o candidato tenha sido egresso de instituição de ensino superior pública ou ter sido beneficiário de bolsa de estudo oficial.

6.15.5 As informações prestadas no requerimento de inscrição com isenção do pagamento da taxa de inscrição, bem como a documentação comprobatória apresentada, serão de inteira responsabilidade do candidato, podendo este, a qualquer momento, se comprovada a má fé, através de processo administrativo que garanta os princípios do contraditório e ampla defesa, ser eliminado da Seleção Pública e responder por crime contra a fé pública, sem prejuízo de outras sanções legais.

6.15.6 Serão desconsiderados os pedidos de isenção de pagamento de taxa de inscrição a candidato que:

- a) omitir informações e/ou torná-las inverídicas;
- b) não apresente toda a documentação prevista;
- c) fraudar e/ou falsificar documentação;
- d) pleitear a isenção sem apresentar cópia dos documentos indicados neste Edital, mesmo que tenha preenchido o Pedido de Isenção via internet;
- e) deixar de entregar o requerimento e declaração indicados no [ANEXO 5](#) (requerimento de isenção de taxa de inscrição) devidamente preenchido, assinado, juntamente com a

documentação comprobatória especificada e prazos definidos no Edital.

- 6.15.7 Expirado o prazo para inscrição, não será permitida a complementação da documentação enviada.
- 6.15.8 Cada pedido de isenção e a respectiva documentação comprobatória de hipossuficiência econômica será analisado e julgado pela Comissão Organizadora do Processo de Seleção das Residências em Saúde do IFF/Fiocruz-.
- 6.15.9 No caso de emprego de fraude pelo candidato beneficiado pela isenção da taxa de inscrição, serão adotados os procedimentos indicados art. 10 do [Decreto Federal nº 83.936, de 6 de setembro de 1979](#) e se confirmada a presença de ilícito, fica o candidato imediatamente excluído do processo seletivo, notificando-se o Ministério Público.
- 6.15.10 A resposta às solicitações de isenção de taxa de inscrição será divulgada na data definida no item 3 deste Edital (Cronograma do Processo Seletivo), na internet no SIGA-LS da Fiocruz (acesso descrito no subitem 6.1.2 deste Edital).
- 6.15.11 O candidato que tiver isenção deferida deverá proceder à inscrição até a data final do período descrito no item 3 deste Edital Simplificado (Cronograma do Processo Seletivo para vaga remanescente).
- 6.15.12 O candidato cujo pedido de isenção da taxa de inscrição for indeferido, deverá realizar, caso haja interesse, o depósito bancário nos procedimentos e prazos previstos nesse Edital.
- 6.15.13 Somente o deferimento do pedido de isenção da taxa de inscrição não garante a inscrição no Processo Seletivo, visto que os candidatos cuja isenção tiver sido deferida, deverão proceder à inscrição no período, termos, prazos e condições indicadas no Edital, estando isento do pagamento da taxa de inscrição. A declaração falsa sujeitará o candidato às sanções previstas em lei, aplicando-se, ainda, o disposto no parágrafo único art. 10 do [Decreto Federal nº 83.936, de 6 de setembro de 1979](#).
- 6.15.14 O Centro de Estudos Olinto de Oliveira não se responsabiliza por solicitação de inscrição não recebida por motivos de ordem técnica dos computadores, falhas de comunicação, bem como fatores que impossibilitem a transferência de dados.
- 6.15.15 A documentação apresentada para fins de isenção do pagamento da taxa de inscrição valerá somente para esta seleção pública, não podendo ser devolvida ou dela ser fornecida cópia. A relação dos candidatos com pedidos de isenção Deferidos e Indeferidos será disponibilizada na internet, no SIGA-LS da Fiocruz (acesso descrito no subitem 6.1.2 deste Edital), no período descrito no item 3 deste Edital (Cronograma do

Processo Seletivo).

- 6.15.16 O candidato que tiver seu pedido de isenção indeferido e não efetuar sua inscrição conforme os procedimentos contidos neste edital, não será considerado inscrito no processo seletivo.
- 6.15.17 Os documentos listados no subitem 6.15.3 e 6.15.4 devem ser anexados, no ato da inscrição, no prazo descrito no item 3 deste Edital (Cronograma do Processo Seletivo), através do link de inscrição (item 6.1.6). Expirado o referido prazo, não será permitida a complementação dos documentos enviados.
- 6.15.18 As respostas quanto ao deferimento dos pedidos serão divulgadas no prazo, horário e local descritos no item 3 deste Edital (Cronograma do Processo Seletivo).
- 6.15.19 O candidato que tiver seu pedido de isenção indeferido e não efetuar sua inscrição conforme os procedimentos contidos no subitem 6.1 deste Edital, não será considerado inscrito no processo seletivo.
- 6.15.20 Somente para os candidatos que não consigam emitir o comprovante de inscrição no sistema do Cad Único do Governo Federal, **em razão de falhas técnicas deste por parte da Administração Municipal** do seu domicílio de residência, estes poderão apresentar de forma alternativa a declaração de isento de imposto de renda da Receita Federal do Brasil – RFB (disponível em: <https://www.gov.br/receitafederal/pt-br/centrais-de-conteudo/formularios/declaracoes/dai/view>).
- a) A apresentação da declaração de isento de imposto de renda da RFB terá efeitos temporários para fins de garantia de isenção da taxa de inscrição no presente processo seletivo, ou seja, até que possa ser substituída em definitivo pelo comprovante de inscrição no Cad Único.
 - b) O candidato deverá apresentar seu comprovante de inscrição no Cad Único no prazo máximo da data prevista para divulgação da homologação das inscrições (item 3 deste Edital (Cronograma do Processo Seletivo)).
 - c) No caso dos candidatos que apresentarem a declaração de isento de imposto de renda RFB e, porventura, tiverem negado seu pedido de inscrição no Cad Único do Governo Federal, estes candidatos terão de pagar a taxa de inscrição deste processo seletivo.
 - d) Nos casos citados no item anterior, o candidato terá de efetuar o pagamento da taxa de inscrição no valor, procedimentos e prazos estabelecidos neste Edital.
 - e) Após realizar o pagamento conforme o item anterior, o candidato deverá enviar

até o dia subsequente ao pagamento, cópia digitalizada do referido comprovante para o e-mail selecaoresidencia.iff@fiocruz.br, identificando no campo assunto da mensagem a seguinte descrição “COMPROVANTE DE PAGAMENTO INSCRIÇÃO – SELEÇÃO RESIDÊNCIA MÉDICA 2023”. Identificar também no corpo da mensagem seu nome completo, CPF e a qual Programa de Residência Médica solicitou inscrição (Neonatologia ou Doenças Infecto Parasitárias).

- f) A não realização de qualquer uma das etapas descritas anteriormente implicará na não homologação da inscrição do candidato.
- g) O resultado da homologação destas inscrições será publicado no dia descrito no anexo 3 (Cronograma do Processo Seletivo).

6.16 As inscrições efetivadas após a confirmação do depósito bancário da taxa de inscrição e entrega dos documentos mencionados no item 6.1.7 deste Edital, serão analisadas com vistas à homologação e essa informação estará na data, horário e local constantes no item 3 deste Edital Simplificado (Cronograma do Processo Seletivo para Vaga Remanescente).

6.16.1 O resultado da homologação citada no item 6.19 será disponibilizado no SIGA-LS da Fiocruz (acesso descrito no subitem 6.1.2 deste Edital).

6.17 Somente candidatos com inscrição homologada serão considerados inscritos.

6.18 No caso de dúvidas quanto à não homologação, o candidato poderá entrar com recurso solicitando esclarecimentos junto ao CEOO quanto aos motivos da não homologação de inscrição, através do e-mail: selecaoresidencias.iff@fiocruz.br na data, horário e local constantes no item 3 deste Edital (Cronograma do Processo Seletivo).

6.18.1 O resultado dos recursos citados no item 6.21 será disponibilizado no SIGA-LS da Fiocruz (acesso descrito no subitem 6.1.2 deste Edital).

6.19 O candidato inscrito na vaga para Pessoa com Deficiência deverá especificar sua deficiência no ato da inscrição, declarando-a e apontando se necessita de tratamento diferenciado no dia da aplicação da prova (Anexo 2).

6.19.1 Os candidatos inscritos com Deficiência poderão solicitar até 1 (uma) hora de acréscimo para resolução das questões.

6.19.2 Os candidatos inscritos com Deficiência poderão solicitar os seguintes recursos de acessibilidade (Estas condições deverão ser solicitadas no ato da inscrição para que a comissão organizadora tenha tempo hábil de viabilizar):

- (a) Prova ampliada: indicada para candidatos com baixa visão ou visão monocular, essas provas são impressas com fonte da letra e imagens ampliadas;

(b) Prova em Braille: indicada para PcD visuais, candidatos com baixa visão e/ou visão monocular, as provas são transcritas segundo um código em relevo e aplicadas em salas individuais. Neste caso, será disponibilizado ao candidato o transcritor de respostas;

(c) Prova gravada em áudio por fiscal leitor indicado pela comissão organizadora do processo seletivo: indicado para candidatos com deficiência visual, visão monocular, deficiência intelectual;

(d) Auxílio de leitor indicado pela comissão organizadora do processo seletivo: indicado para candidatos com deficiência visual, visão monocular, deficiência intelectual. O atendimento é prestado individualmente por duplas de leitores, que também podem atuar como transcritores de respostas;

(e) Auxílio para transcrição indicado pela comissão organizadora do processo seletivo: indicado para candidatos com impossibilidades de escrever ou preencher o cartão resposta e precisam contar com transcritores, que atuam em dupla. O atendimento é prestado para os candidatos citados anteriormente e realizado de forma individual.

(f) Fácil acesso: pessoas com dificuldades de se movimentar em decorrência da redução da mobilidade, flexibilidade, coordenação motora e/ou percepção terão direito a um local de prova com acessibilidade, inclusive mobiliário adequado e proximidade dos banheiros para PcD.

(g) Lactantes PcD: a candidata PcD que ainda está em fase de amamentação terá como tempo de prorrogação máxima para execução da prova de até 1 hora, não cumulativo ao tempo destinado à lactantes em geral.

(h) Gravação em Libras: prova gravada em vídeo por fiscal intérprete da Língua Brasileira de Sinais - Libras, nos termos do disposto na Lei nº 12.319, de 1º de setembro de 2010;

(i) Intérprete de Libras: indicado para candidatos usuários da Língua Brasileira de Sinais (Libras) e que precisam de um tradutor-intérprete para auxiliar o processo seletivo;

(j) Mobiliário acessível: indicado para cadeirantes ou PcD com mobilidade reduzida. Ao indicar a necessidade, mesas, cadeiras ou carteiras sem braços, com apoio para pernas e/ou aproximação frontal, são disponibilizadas para garantir a realização das provas com conforto e segurança.

6.19.3 Estas declarações (Anexo 2) deverão ser impressas, preenchidas, datadas, assinadas e anexadas à inscrição no período determinado no item 3 deste Edital (Cronograma do Processo Seletivo).

- 6.20 O não atendimento aos requisitos constantes no item 5.22 e seus subitens resultarão na não homologação da inscrição do candidato no processo seletivo às vagas reservadas para pessoas com essa condição.**
- 6.21 A candidata em período de lactação deverá preencher no ato da inscrição o Anexo3, e no dia da prova designar um acompanhante maior de idade que ficará responsável pela guarda da criança, em sala reservada para tal fim.**

7 PROVAS

7.1 O Processo Seletivo compreenderá uma prova objetiva para todos os programas oferecidos, conforme descrito abaixo:

7.2 Etapa única (eliminatória e classificatória)

ÁREAS DE ATUAÇÃO DA PEDIATRIA – R4	DURAÇÃO	VAGAS/ANO	PARECER DE RECREDENCIAMENTO
Neonatologia	2 anos	1	CNRM nº 444/2017
Doenças Infecto Parasitária	2 anos	1	CNRM nº 841/2013

7.3 Para as especialidades de R4 da Pediatria: prova objetiva tipo múltipla escolha, com **20** questões, todas com o mesmo valor, contendo 05 (cinco) alternativas e admitindo uma única alternativa como correta, valendo 100 pontos, versando sobre Pediatria.

7.4 Serão considerados aprovados na Etapa única – Prova Objetiva Múltipla Escolha, os candidatos que obtiverem um percentual de pontos igual ou superior a 50% da média aritmética das cinco maiores notas (com aproximação até décimos), mesmo que sejam iguais, em cada programa.

7.5 O candidato que faltar a etapa será eliminado da seleção.

8 REALIZAÇÃO DA PROVA OBJETIVA (ETAPA ÚNICA)

8.1 A prova objetiva será realizada nas datas, horários e locais constantes no item 3 deste Edital (Cronograma do Processo Seletivo), cujo tempo total destinado para realização da prova objetiva será de 3 (três) horas para todas as especialidades e níveis de Residência (R4).

8.2 A data prevista para realização da prova poderá ser alterada mediante aviso publicado no SIGA-LS da Fiocruz (acesso descrito no subitem 6.1.2 deste Edital), até 48h antes da data prevista.

8.3O HORÁRIO DA PROVA SERÁ OBEDECIDO RIGOROSAMENTE. NÃO SERÁ ADMITIDO INGRESSO DE CANDIDATO AO LOCAL DE REALIZAÇÃO DA PROVA APÓS O HORÁRIO FIXADO PARA SEU INÍCIO. OS PORTÕES DO CENTRO DE ESTUDOS SERÃO FECHADOS IMPRETERIVELMENTE ÀS 8h30 PARA REALIZAÇÃO DA ETAPA ÚNICA.

8.4 As questões da prova obedecerão às referências bibliográficas indicadas no Anexo 1.

8.5 O candidato deverá comparecer ao local destinado à realização das provas com **antecedência mínima** de uma hora e meia do horário fixado para seu início, portando:

- (a) caneta esferográfica (tinta azul ou preta), e;
- (b) documento original de identidade oficial com foto.

8.6 Não serão aceitos para fins de identificação do candidato a apresentação de fotocópias (tipo Xerox®) ou mesmo de protocolos de documentos com ou sem foto.

8.7 Os documentos deverão estar em boas condições, de forma a permitirem a identificação do candidato com clareza.

8.8 Serão considerados para fins de identificação os seguintes documentos oficiais de identidade:

- a) Carteiras expedidas pelos Ministérios Militares, Polícias Militares ou Corpos de Bombeiros Militares;
- b) Carteira de Identidade Profissional expedida pelo CREMERJ;
- c) Passaporte;
- d) Certificado de Reservista;
- e) carteiras funcionais do Ministério Público e da Magistratura;
- f) carteiras funcionais expedidas por órgão público (que por Lei Federal sejam válidas, como identidade);
- g) Carteira de Trabalho;

h) Carteira Nacional de Habilitação (somente o modelo atual que contém foto);

i) Documento Nacional de identidade (RG).

8.9 Ao candidato só será permitida a realização das provas em data, local e horário constantes no item 3 deste Edital (Cronograma do Processo Seletivo) não havendo, portanto, segunda chamada.

8.10 Os candidatos serão identificados através do respectivo documento original de identidade conforme definido no subitem 8.8 deste Edital.

8.11 Não será permitida a utilização de quaisquer aparelhos eletrônicos, tais como walkman, gravador, pager, palm top, telefone celular, ipod, tablets, óculos, qualquer tipo de relógios ou outros receptores que possibilitem comunicações à distância. Os aparelhos deverão ser desligados e colocados em envelope plástico opaco (fornecido no local do concurso) e lacrados na presença do fiscal de sala. Caso o candidato se recuse a ser identificado ou não entregue o equipamento ao fiscal de sala, será eliminado do processo seletivo.

8.12 O cartão-resposta será considerado como único e definitivo documento para efeito de correção da prova objetiva (tipo múltipla escolha), devendo ser assinado pelo candidato e utilizado de acordo com as instruções contidas no próprio cartão, não sendo o mesmo substituído em hipótese alguma.

8.13 Não será permitida a marcação do cartão-resposta por outra pessoa que não seja o candidato, salvo no caso do mesmo ter solicitado condições especiais e mediante autorização prévia da Comissão Organizadora do Processo Seletivo para Residências em Saúde do IFF/Fiocruz.

8.14 Não será permitido durante a realização da prova, em hipótese alguma, a comunicação entre candidatos, bem como a consulta de livros, revistas, textos, notas, códigos, folhetos, máquinas de calcular, agendas eletrônicas, relógios com calculadora ou semelhantes.

8.15 Será vedado ao candidato retirar-se do recinto das provas, após o início da mesma, sem o acompanhamento de um fiscal ou sem a devida autorização.

8.16 Por motivo de segurança, os candidatos só poderão ausentar-se definitivamente do recinto das provas após uma hora decorrida a partir do efetivo início da mesma.

8.17 O caderno da prova poderá ser levado somente após 2 (duas) horas decorridas a partir do efetivo início da prova.

8.18 Ao término da prova, o candidato deverá entregar obrigatoriamente ao fiscal de sala:

- a) o caderno de prova, se o mesmo se ausentar da sala reservada para a prova antes do limite de tempo estabelecido no subitem 8.18 deste Edital;
- b) o cartão resposta, após o limite mínimo de tempo estabelecido no subitem 8.17 deste Edital.

Observação: O candidato que não devolver os documentos nos termos do subitem será liminarmente eliminado do processo seletivo.

- 8.19 Ao final da prova, os 3 (três) últimos candidatos de cada sala deverão permanecer juntos na mesma e assinarão a “Ata de Ocorrências”, atestando a probidade dessa etapa do processo seletivo.
- 8.20 Não haverá, qualquer que seja o motivo alegado, prorrogação do tempo previsto para a aplicação da prova, salvo se solicitado por candidatos com deficiência (até 01 (uma) hora de prorrogação PcD) ou lactantes (30 minutos).
- 8.21 Será atribuída nota zero à questão que, no cartão resposta:
- a) não apresentar uma opção claramente assinalada (que esteja em branco);
 - b) que contiver mais de uma opção assinalada;
 - c) apresentar emenda ou rasura, ainda que legível;
 - d) com campo de marcação não preenchido integralmente.
- 8.22 O candidato que porventura for flagrado pelos fiscais não observando o disposto nos subitens 8.14 a 8.19, deverá assinar o “Termo de Desistência do Processo Seletivo”, lavrado pelo Coordenador da Comissão Organizadora do Processo Seletivo de Residências em Saúde do IFF/Fiocruz que estiver presente no local. Caso o candidato se negue a assinar o referido termo, o fato será relatado na “Ata de Ocorrências” e assinado pelos últimos candidatos da sala, pelos fiscais de prova e pelo coordenador da referida Comissão Organizadora.
- 8.23 A candidata que tiver necessidade de amamentar durante a realização das provas terá que levar um acompanhante, que permanecerá em sala reservada para essa finalidade e será responsável pela guarda da criança.
- 8.23.1 Para fins de cumprimento no disposto neste subitem, a candidata deverá manifestar, por e-mail junto à empresa organizadora do processo seletivo, o seu interesse em exercer esse direito até o 5º (quinto) dia útil antes da data da prova. Será responsabilidade da empresa organizadora do processo seletivo prover a adequação no local de prova de espaço físico próprio, infraestrutura e fiscalização.

- 8.23.2 O direito de amamentar será ofertado à candidata nutriz cujo filho tenha até 6 (seis) meses de idade no dia da realização de prova deste processo seletivo, cuja comprovação se dará pela apresentação da respectiva certidão de nascimento no ato da manifestação prevista no subitem anterior e, também, no dia da prova.
- 8.23.3 No dia da prova, a candidata indicará 1 (uma) pessoa acompanhante que será a responsável pela guarda da criança durante o período necessário. A pessoa acompanhante somente terá acesso ao local das provas até o horário estabelecido para fechamento dos portões e ficará com a criança em sala reservada para essa finalidade, próxima ao local de aplicação das provas. A pessoa acompanhante terá sua entrada no local de prova autorizada mediante identificação por meio de documento original de identidade oficial com foto, conforme disposto no item 9.8 deste Edital.
- 8.23.4 A amamentação se dará quando necessária, a cada intervalo de 1 (uma) hora, por até 30 (trinta) minutos, por filho. Nesse momento a candidata não terá a companhia do acompanhante, mas sim de um fiscal.
- 8.23.5 O tempo despendido na amamentação será compensado durante a realização da prova, em igual período. Considerando que a realização da prova se dará em até 3 (três) horas e que os intervalos mínimos entre as mamadas são de 1 (uma) hora, o limite de tempo para compensação será definido a partir do somatório em minutos do tempo despendido em todas as mamadas realizadas pela candidata nutriz e que sejam possíveis dentro do período de tempo inicialmente definido para realização da prova.
- 8.23.6 A candidata que não levar acompanhante, que este não tenha documento de identificação ou não consiga chegar ao local das provas até o horário estabelecido para fechamento dos portões, não realizará prova.
- 8.24 A solicitação de condição especial para realização da prova, deverá ser anexada juntamente com a inscrição contendo uma exposição de motivos, acompanhada de atestado médico com assinatura e registro do profissional (original ou cópia autenticada em cartório) emitido nos últimos 90 (noventa) dias antes do início das inscrições, até o último dia definido no cronograma contido no item 3 deste Edital (Cronograma do Processo Seletivo).
- 8.25 Não serão concedidas condições especiais para a realização da prova ao candidato que não as solicitar no prazo mencionado.
- 8.26 A solicitação de condições especiais para a realização da prova estará sujeita à análise de viabilidade e de razoabilidade.

- 8.27 Os candidatos poderão utilizar suas próprias máscaras de tecido ou cirúrgica e também será disponibilizado nas salas para aqueles que desejarem utilizar e, porventura, tenham esquecido. Entretanto, o uso de máscara durante a permanência do candidato nas salas e espaços da prova não será cobrado em caráter obrigatório.
- 8.28 Também será permitido uso de álcool gel individual pelos candidatos e, também, será disponibilizado para aqueles que desejarem fazer uso.

9 DIVULGAÇÃO DO GABARITO E DOS RECURSOS

9.1 O gabarito da prova objetiva tipo múltipla escolha será divulgado em data, local e horário constantes no item 3 deste Edital (Cronograma do Processo Seletivo).

9.1.1 O gabarito preliminar citado no item 9.1 será disponibilizado no SIGA-LS da Fiocruz (acesso descrito no subitem 6.1.2 deste Edital).

9.2 Serão admitidos recursos ao gabarito da prova objetiva tipo múltipla escolha em data, local e horário constantes no item 3 deste Edital (Cronograma do Processo Seletivo) e o candidato deverá obedecer aos seguintes procedimentos:

9.2.1 Acessar pela internet o SIGA-LS da Fiocruz (acesso descrito no subitem 6.1.2 deste Edital).

9.2.2 Imprimir e preencher corretamente todos os campos do Formulário de Solicitação de Recurso.

9.2.2.1 O recurso deverá ser individual, utilizando um Formulário de Solicitação de Recurso para cada questão, constando a indicação precisa daquilo em que o candidato se julgar prejudicado.

9.2.2.2 O recurso deverá ser devidamente fundamentado nas referências constantes do Anexo 1 deste Edital (Conteúdos programáticos e referências bibliográficas). As cópias das páginas dessas referências que comprovam as alegações do candidato devem ser anexadas juntamente com o respectivo Formulário de Solicitação de Recurso.

9.2.2.3 Deverá ser utilizado um Formulário de Solicitação de Recurso (Anexo 15) para cada questão que se deseja impetrar recurso.

9.2.3 Efetuar o pagamento da taxa de recursos no valor de **R\$ 20,00** (vinte reais) para cada questão que se deseja questionar através de depósito bancário, documento de crédito (DOC), transferência eletrônica disponível (TED) ou PIX em favor do Centro de Estudos Olinto de Oliveira (CEO) S/C, inscrito no CNPJ: 68.641.059/0001-00 na seguinte conta: **Banco Itaú (341): Agência: 9272 (Praia do Flamengo), Conta Corrente: 04486-9, CHAVE PIX (CNPJ) 68.641.059/0001-00.**

9.2.4 Após imprimir e preencher corretamente todos os campos do Formulário de Solicitação de Recurso e efetuar o pagamento da taxa de recursos (itens 9.2.2 e 9.2.3), preencher e enviar os documentos necessários para solicitação de recurso através do link:

<https://redcap.fiocruz.br/redcap/surveys/?s=JWLHR4MK4L8AWJCT>

- a) o Formulário de Solicitação de Recurso;
- b) a cópia das páginas da bibliografia citada, e;
- c) o comprovante original do pagamento da taxa de recursos.

9.2.5 Manter sob sua guarda uma cópia do comprovante de pagamento da taxa de recurso, por questões de segurança e para esclarecimentos de eventuais dúvidas.

9.3 Não serão aceitas interposições de recursos enviadas por outras formas não especificadas no subitem 9.2.4 deste Edital, como por exemplo fax, correio eletrônico, telegrama, dentre outras.

9.4 Será indeferido liminarmente o recurso que:

- a) não estiver fundamentado de acordo com as referências constante no Anexo 1 deste Edital (conteúdos programáticos e referências bibliográficas); e/ou,
- b) for apresentado fora do prazo e local constantes no item 3 deste Edital (Cronograma do Processo Seletivo); e/ou,
- c) não tenha o comprovante de pagamento da respectiva taxa de recursos.

9.5 Após o julgamento dos recursos, os pontos correspondentes às questões, porventura anuladas, serão atribuídos indistintamente a todos os candidatos que não os obtiveram na correção inicial.

9.6 A decisão final da Comissão Examinadora constitui última instância para recursos e revisão, sendo essa Comissão soberana em suas decisões, razão pela qual serão indeferidos, liminarmente, recursos ou revisões adicionais.

9.7 O gabarito final após análise dos recursos e o resultado dos recursos serão disponibilizados no SIGA-LS da Fiocruz (acesso descrito no subitem 6.1.2 deste Edital).

9.8 Não serão devolvidos os valores das taxas de recurso pagos pelos candidatos cujos recursos impetrados foram deferidos pela Comissão Avaliadora.

9.9 Os resultados dos recursos não serão divulgados por telefone.

10 RESULTADO FINAL

10.1 O resultado da Etapa Única (Provas Objetivas para R4) serão divulgados em listagem nominal dos candidatos, relacionados por ordem decrescente de nota, divididos de acordo com o Programa de Residência Médica para o qual se inscreveram, na data, local e horário constantes no item 3 deste Edital (Cronograma do Processo Seletivo).

10.1.1 O resultado da Etapa Única citado no item 10.1 será disponibilizado no SIGA-LS da Fiocruz (acesso descrito no subitem 6.1.2 deste Edital).

10.2 Será considerado selecionado o candidato que tiver sua classificação dentro do número de vagas previstas neste edital, conforme o item 3 (Programas Oferecidos).

10.3 Será elaborada uma única listagem por ordem de classificação, por especialidade

10.4 O processo seletivo é classificatório, portanto a inscrição e aprovação do candidato não garantem a efetivação da sua matrícula no Programa de Residência Médica pretendido.

10.5 Os candidatos com a menção “DESISTENTE” faltaram ou chegaram atrasados na prova objetiva (etapa única) ou mesmo desobedeceram a alguma das determinações contidas nesse Edital, resultando em sumária eliminação, não fazendo jus, portanto, a prosseguir no presente Processo Seletivo.

10.6 Os resultados não serão divulgados por telefone.

11 CRITÉRIOS DE DESEMPATE

11.1 Se houver empate no resultado final, serão considerados, para fins de desempate, os seguintes critérios, na ordem descrita para os programas e respectivos níveis de cada instituição.

11.1.1 Para os Programas de Residência Médica (R4) em área de atuação da Pediatria

Critério de Desempate: idade mais elevada, considerando mês, dia e hora de nascimento.

12 MATRÍCULA

12.1 Os candidatos do Instituto Nacional da Criança da Mulher e do Adolescente Fernandes Figueira – IFF deverão fazer obrigatoriamente no ato da matrícula o *upload* os documentos a seguir junto aos formulários completamente preenchidos e assinados que constam nos Anexos 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 12 e 13 no link de matrícula que será enviado para o candidato no email cadastrado na inscrição.

(a) 1 (uma) foto 3x4 recente, tirada até no máximo 1 (um) ano antes do início do prazo de matrícula, colorida, com fundo branco, sem óculos e com a cabeça descoberta **digitalizada em arquivo nos formatos JPEG ou BMP e resolução de 600 dpi colorida, nomeado da seguinte forma:**

DocA_Nome_Sobrenome_foto3x4.jpeg/bmp

(exemplo: DocA_Joao_Silva_foto3x4.jpeg);

(b) 1 (uma) cópia do Documento Nacional de Identidade com foto (RG) **digitalizada em arquivo no formato PDF e resolução de 300 dpi preto e branco (ou escala de cinza), nomeado da seguinte forma:**

DocB_Nome_Sobrenome_RG.pdf

(exemplo: DocB_Joao_Silva_RG.pdf);

(c) 1 (uma) cópia da Certidão de Inscrição no Cadastro de Pessoa Física (CPF). Candidatos que não possuem a referida certidão em meio físico podem imprimi-la diretamente a partir do *site* da Receita Federal do Brasil do Ministério da Fazenda (<https://www.receita.fazenda.gov.br/Aplicacoes/SSL/ATCTA/cpf/ImpressaoComprovante/ConsultarImpressao.asp>), **digitalizada em arquivo no formato PDF e resolução de 300 dpi preto e branco (ou escala de cinza), nomeado da seguinte forma:**

DocC_Nome_Sobrenome_CPF.pdf

(exemplo: DocC_Joao_Silva_CPF.pdf);

(d) 1 (uma) cópia da Certidão de Casamento, somente para candidato casado **digitalizada em arquivo no formato PDF e resolução de 300 dpi preto e branco (ou escala de cinza), nomeado da seguinte forma:**

DocD_Nome_Sobrenome_CERTIDAO_CASAMENTO.pdf

(exemplo: DocD_Joao_Silva_CERTIDAO_CASAMENTO.pdf);

(e) 1 (uma) cópia do Título de Eleitor **digitalizada em arquivo no formato PDF e resolução de 300 dpi preto e branco (ou escala de cinza), nomeado da seguinte forma:**

DocE_Nome_Sobrenome_TITULO_ELEITOR.pdf

(exemplo: DocE_Joao_Silva_TITULO_ELEITOR.pdf);

(f) Certidão de quitação eleitoral emitida através do *site* do Tribunal Superior Eleitoral (<http://www.tse.jus.br/eleitor/servicos/certidoes/certidao-de-quitacao-eleitoral>), com data de emissão não superior a 30 (trinta) dias antes do início do prazo de matrícula **digitalizada por impressão do referido site em arquivo no formato PDF e resolução de 300 dpi preto e branco (ou escala de cinza), nomeado da seguinte forma:**

DocF_Nome_Sobrenome_QUITACAO_ELEITORAL.pdf

(exemplo: DocF_Joao_Silva_QUITACAO_ELEITORAL.pdf);

(g) **1 (uma) cópia** do comprovante de quitação do Serviço Militar, somente para candidato do sexo masculino **digitalizada em arquivo no formato PDF e resolução de 300 dpi preto e branco (ou escala de cinza), nomeado da seguinte forma:**

DocG_Nome_Sobrenome_QUITACAO_MILITAR.pdf

(exemplo: DocG_Joao_Silva_QUITACAO_MILITAR.pdf);

(h) **1 (uma) cópia** da Carteira de Identidade Profissional do Conselho Regional de Medicina do Rio de Janeiro **digitalizada em arquivo no formato PDF e resolução de 300 dpi preto e branco (ou escala de cinza), nomeado da seguinte forma:**

DocH_Nome_Sobrenome_CREMERJ.pdf

(exemplo: DocH_Joao_Silva_CREMERJ.pdf);

(i) **1 (uma) cópia (frente e verso)** do Diploma do curso de Graduação em Medicina fornecida por Instituição de Ensino reconhecida pelo Ministério da Educação, com previsão de conclusão de Curso de Graduação em Medicina para até, no máximo, 28/02/2023 (candidato brasileiro graduado no exterior deverá apresentar diploma de graduação em Medicina, revalidado em universidade pública brasileira ou certificado de aprovação no Revalida) **digitalizada em arquivo no formato PDF e resolução de 300 dpi preto e branco (ou escala de cinza), nomeado da seguinte forma:**

DocI_Nome_Sobrenome_DIPLOMA_GRADUACAO.pdf

(exemplo: DocI_Joao_Silva_DIPLOMA_GRADUACAO.pdf);

(j) **1 (uma) cópia (frente e verso)** do visto de permanência no Brasil para candidatos estrangeiros **digitalizada em arquivo no formato PDF e resolução de 300 dpi preto e branco (ou escala de cinza), nomeado da seguinte forma:**

DocJ_Nome_Sobrenome_VISTO_PERMANENCIA.pdf

(exemplo: DocJ_Joao_Silva_VISTO_PERMANENCIA.pdf);

(k) Certidão do Número de Identificação Social-NIS (NIT/PIS/PASEP), emitida no *site* do Cadastro Nacional de Informações Sociais - CNIS, *menu* “Inscrição”, opção “Filiado” (<https://cnisnet.inss.gov.br/cnisinternet/faces/pages/inscricao/filiado/identificar.xhtml>)

digitalizada por impressão do referido *site* em arquivo no formato PDF e resolução de 300 dpi preto e branco (ou escala de cinza), nomeado da seguinte forma:

DocK_Nome_Sobrenome_NIS.pdf

(exemplo: DocK_Joao_Silva_NIS.pdf);

(l) autorização do Conselho Regional de Medicina do Rio de Janeiro para atuação no âmbito desse Estado para candidatos inscritos em Conselhos de Medicina de outras unidades federativas brasileiras **digitalizada em arquivo no formato PDF e resolução de 300 dpi preto e branco (ou escala de cinza), nomeado da seguinte forma:**

DocL_Nome_Sobrenome_AUTORIZACAO_CREMERJ.pdf

(exemplo: DocL_Joao_Silva_AUTORIZACAO_CREMERJ.pdf);

(m) Informação de conta salário vinculada à uma conta corrente com titularidade exclusiva do candidato. **Para o processamento dos pagamentos de bolsa, a conta salário e corrente não poderão ser provenientes de Banco Eletrônico ou Digital.** Essa informação será aceita somente mediante documento emitido pela gerência da instituição financeira na qual o candidato possui conta, ou, pela cópia legível do cartão do banco na qual devem constar, além do nome do banco e do candidato, os números agência e da conta corrente (não será aceita conta em banco virtual) **digitalizada em arquivo no formato PDF e resolução de 300 dpi preto e branco (ou escala de cinza), nomeado da seguinte forma:**

DocM_Nome_Sobrenome_CONTA_SALARIO.pdf

DocM_Nome_Sobrenome_CONTA_CORRENTE.pdf

(exemplo: DocM_Joao_Silva_CONTA_SALARIO.pdf;

DocM_Joao_Silva_CONTA_CORRENTE.pdf);

(n) **1 (uma) cópia** de comprovante de residência. Será aceito para essa finalidade somente as contas das companhias prestadoras dos seguintes serviços: luz, água, gás ou telefone fixo. Todas essas contas devem estar em nome do próprio candidato, dos pais ou do cônjuge **digitalizada em arquivo no formato PDF e resolução de 300 dpi preto e branco (ou escala de cinza), nomeado da seguinte forma:**

DocN_Nome_Sobrenome_COMPROVANTE_RESIDENCIA.pdf

(exemplo: DocN_Joao_Silva_COMPROVANTE_RESIDENCIA.pdf);

(o) **1 (uma) cópia** da caderneta de Vacinação do Adulto ou Cópia da carteira de vacinação

atualizada (Anexo 4) e/ou Termo de Responsabilidade por sua não apresentação ou pela ausência da comprovação de alguma vacina constante de esquema vacinal (Anexo 5) **digitalizada em arquivo no formato PDF e resolução de 300 dpi preto e branco (ou escala de cinza), nomeado da seguinte forma:**

DocO_Nome_Sobrenome_CADERNETA_VACINACAO.pdf

DocO_Nome_Sobrenome_TERMO_RESPONSABILIDADE.pdf

(exemplo: DocO_Joao_Silva_CADERNETA_VACINACAO.pdf);

(exemplo: DocO_Joao_Silva_TERMO_RESPONSABILIDADE.pdf);

(p) 1 (uma) cópia da apresentação de certificado de seguro de acidentes pessoais relativo ao período de realização do Programa de Residência **digitalizada em arquivo no formato PDF e resolução de 300 dpi preto e branco (ou escala de cinza), nomeado da seguinte forma:**

DocP_Nome_Sobrenome_SEGURO.pdf

(exemplo: DocP_Joao_Silva_SEGURO.pdf);

(q) Formulários para Efetivação da Matrícula no IFF/Fiocruz, **disponíveis nos Anexos 6 (Formulário de matrícula IFF R4), 7 (Termo de compromisso) e 8 (Formulário de cadastro profissional) digitalizado em arquivo no**

formato PDF e resolução de 300 dpi preto e branco (ou escala de cinza) nomeado da seguinte forma:

DocQ_Nome_Sobrenome_FORMULARIO_MATRICULA.pdf

DocQ_Nome_Sobrenome_TERMO_COMPROMISSO.pdf

DocQ_Nome_Sobrenome_FORMULARIO_ABSOLUTE.pdf

(exemplo: DocQ_Joao_Silva_FORMULARIO_MATRICULA.pdf);

(exemplo: DocQ_Joao_Silva_TERMO_COMPROMISSO.pdf);

(exemplo: DocQ_Joao_Silva_FORMULARIO_ABSOLUTE.pdf);

(r) Declaração de veracidade conforme a [Lei Federal nº 12.726 de 08 de outubro de 2018](#), (disponível no Anexo 9) **digitalizada em arquivo no formato PDF e resolução de 300 dpi preto e branco (ou escala de cinza), nomeado da seguinte forma:**

DocR_Nome_Sobrenome_DECLARACAO_RESPONSABILIDADE.pdf

(exemplo: DocR_Joao_Silva_DECLARACAO_RESPONSABILIDADE.pdf);

(s) Termo de consentimento para tratamento de dados conforme a [Lei Federal nº 12.709, de 14 de agosto de 2018](#) (disponível no Anexo 10) **digitalizada em arquivo no formato PDF e resolução de 300 dpi preto e branco (ou escala de cinza), nomeado da seguinte forma:**

DocS_Nome_Sobrenome_TERMO_CONSENTIMENTO.pdf

(exemplo: DocS_Joao_Silva_TERMO_CONSENTIMENTO.pdf);

(t) Termo de Renúncia – Alojamento com base na Lei nº 6.932/81, art. 4º, § 1º (disponível no Anexo 12) digitalizado em arquivo no formato PDF e resolução de 300 dpi preto e branco (ou escala de cinza), nomeado da seguinte forma:

DocT_Nome_Sobrenome_TERMO_RENUNCIA_ALOJAMENTO.pdf

(exemplo: DocT_Joao_Silva_TERMO_RENUNCIA_ALOJAMENTO.pdf);

12.2 Para candidatos do Instituto Nacional em Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira:

12.2.1 Os candidatos dos Programas de área de atuação em Pediatria (R4) do Instituto Nacional da Criança da Mulher e do Adolescente Fernandes Figueira – IFF: deverão apresentar também obrigatoriamente no ato da matrícula além dos formulários completamente preenchidos e assinados que constam nos Anexos 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 12 e 13 e dos documentos citados no item 12.1 deste Edital, o seguinte documento:

a) declaração ou certificado de comprovação da conclusão do Pré-Requisito do Programa no qual se matriculou (Pediatria – para as áreas de atuação da Pediatria), o qual deverá estar concluído ou com conclusão prevista para até no máximo 28/02/2023 **digitalizada em arquivo no formato PDF e resolução de 300 dpi preto e branco (ou escala de cinza), nomeado da seguinte forma:**

DocA_Nome_Sobrenome_CERTIFICADO_PRE-REQUISITO.pdf

(exemplo: DocA_Joao_Silva_CERTIFICADO_PRE-REQUISITO.pdf);

12.2.2 Os candidatos devidamente matriculados participarão obrigatoriamente das atividades previstas para Semana de Integração, na data, e horário constantes no item 3 deste Edital (Cronograma do Processo Seletivo).

12.2.3 **O candidato que não atender aos requisitos estabelecidos para o ato de matrícula, inclusive os descritos no item 12.3 deste edital e referentes aos dias e horários estabelecidos para envio dos documentos de matrícula será considerado desistente, perdendo o direito à vaga.** Neste caso, ocorrerá a imediata reclassificação.

12.3 Todos os documentos descritos no item 12.1 e seus respectivos subitens deverão ser digitalizados e carregados (submetidos por meio de *upload*) através do link de matrícula que será enviado para o email do candidato.

12.3.1 Será enviado para o e-mail informado pelos candidatos no ato de inscrição deste certame, o *link* de acesso a um formulário para este candidato na qual este deverá carregar (realizar o *upload*) de cada arquivo.

- 12.3.2 O acesso a esta pasta individualizada expirará à 23h59 do horário de Brasília do prazo constante no item 3 deste Edital (Cronograma do Processo Seletivo), após o que não serão permitidas quaisquer alterações.
- 12.3.3 Todos os arquivos deverão ter tamanho não superior à 5Mb e serem nomeados como nos exemplos citados, sem o uso de caracteres especiais, acentuações, cedilhas e os espaços preenchidos com underline (_).
- 12.3.4 Será de responsabilidade de cada candidato a verificação do recebimento na sua caixa de correio do e-mail com link para acesso, inclusive quanto à possibilidade do mesmo ter sido encaminhado equivocadamente para a caixa de spam do seu correio eletrônico.
- 12.3.5 O candidato deverá ler, preencher e assinar o termo constante do Anexo 9 deste Edital no qual o mesmo declarará, sob as penas previstas na Lei Federal nº 12.726 de 08 de outubro de 2018, que as informações e os documentos apresentados listados no item 13.1 do edital do processo e requeridos para fins de sua matrícula no Programa de Residência são verdadeiros e autênticos, dando ciência de que, em caso de declaração falsa, o mesmo estará sujeito às sanções administrativas, civis e penais aplicáveis.
- 12.3.6 Em cumprimento Lei Federal nº 12.709 de 14 de agosto de 2018, o candidato deverá ler, preencher e assinar o termo constante do Anexo 14 deste Edital no qual o mesmo atestará consentimento para tratamento dos seus dados pessoais documentos apresentados listados no item 13.1 do edital do concurso e requeridos para fins de sua matrícula no Programa de Residência.
- 12.3.7 Eventuais problemas de conexão de internet e dos sistemas eletrônicos envolvidos no processo de matrícula não serão de responsabilidade do IFF/Fiocruz.

12.4 A MATRÍCULA SOMENTE SERÁ REALIZADA MEDIANTE APRESENTAÇÃO DE TODOS OS DOCUMENTOS RELACIONADOS ACIMA. A FALTA DE QUALQUER DOCUMENTO IMPEDIRÁ A MATRÍCULA DO CANDIDATO.

- 12.4.1 O candidato que não comparecer nos dias e horários estabelecidos para matrícula será considerado desistente, perdendo o direito à vaga. Neste caso, ocorrerá a imediata reclassificação.
- 12.4.2 Serão matriculados os candidatos que assinarem o termo de compromisso aceitando a realização das atividades previstas no programa de residência médica, com carga-horária de 60 horas semanais e as normas do Regulamento Interno de Residência Médica.

12.5 OBSERVAÇÕES IMPORTANTES:

12.5.1 Matrículas nos Programas COM PRÉ-REQUISITO em outro programa de Residência Médica

12.5.2 Todas as declarações de conclusão de Programa de Residência Médica, deverão conter o número do último parecer de credenciamento ou credenciamento pela Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM) e estar assinadas pelo Coordenador da COREME da Instituição.

12.5.3 Os candidatos aprovados que realizaram o pré-requisito obrigatório em outra instituição federal deverão apresentar até o dia 04/03/2023, impreterivelmente, o comprovante de baixa no Sistema do SIGAC (antigo SIAPE) em papel oficial da instituição cursada.

12.5.4 A retirada do nome do candidato do Sistema (“baixa do Sistema”) é responsabilidade da Instituição de origem do candidato.

12.5.5 O pagamento da Bolsa de Residência Médica, para esses candidatos, só será efetuado com a apresentação deste documento e confirmação desta informação no sistema SIGAC (antigo SIAPE).

12.5.6 Para que o candidato possa ser registrado no Sistema da Comissão Nacional de Residência Médica/MEC (SisCNRM), no PRM para o qual foi aprovado, dentro do prazo permitido pela CNRM, é necessário que a instituição de origem retire seu nome da lista de residentes cursando o PRM de pré-requisito.

12.6 Reserva de vaga para cumprir Serviço Militar (Resolução CNRM nº04/2011)

12.6.1 Ao candidato aprovado e convocado para prestar Serviço Militar obrigatório será assegurada a reserva de vaga para cursar o PRM no ano seguinte, desde que a convocação seja posterior à matrícula na Residência Médica.

12.6.2 Aos candidatos que se alistarem voluntariamente ao Serviço Militar, homens e mulheres, será assegurada a reserva de vaga para cursar o PRM no ano seguinte, desde que a convocação seja anterior à matrícula na Residência Médica.

12.6.3 A reserva de vagas prevista na Resolução CNRM 4/2011 se restringe a médicos residentes que prestam Serviço Militar, obrigatório ou voluntário, e não se aplica a outros cursos, como os de formação para o quadro de Oficiais permanente das Forças Armadas (nota Técnica nº35/2017/CGRS/DDES/SESU/MEC).

- 12.6.4 O médico residente convocado para servir as Forças Armadas, matriculado no primeiro ano de Programa de Residência Médica credenciado pela CNRM, poderá requerer a reserva de vaga em apenas 1 (um) Programa de Residência Médica em todo o território nacional, pelo período de 1 (um) ano.
- 12.6.5 O candidato reclassificado, **chamado para ocupar a vaga aberta por outro que solicitou reserva de vaga** para prestar o Serviço Militar, só poderá também solicitar o mesmo adiamento **se o programa dispuser de um número de vagas credenciadas pela CNRM**, suficiente para que os dois candidatos possam assumir suas vagas no ano seguinte. Caso não haja vaga suficiente, o segundo candidato convocado terá como opção cursar o Programa **imediatamente** ou desistir de sua vaga. Nesta situação será chamado o candidato subsequente na classificação, que não tenha impedimento para realizar sua matrícula.
- 12.6.6 A reserva de vaga para a prestação de Serviço Militar somente será concedida aos candidatos que ainda não iniciaram suas atividades nas Forças Armadas.
- 12.6.7 Para usufruir da reserva de vagas, o interessado deverá entregar à COREME, pessoalmente ou o seu procurador, até 10 dias após o recebimento, cópia legível do documento de designação das Forças Armadas, onde conste a convocação, juntamente com o requerimento de trancamento de matrícula por apenas um ano, a ser preenchido no ato da matrícula.
- 12.6.8 O trancamento de matrícula para prestação do Serviço Militar implicará a suspensão automática do pagamento da bolsa do médico residente até o seu retorno ao programa.
- 12.6.9 A vaga aberta em decorrência do trancamento será preenchida sempre que houver candidato aprovado além do limite de vagas previsto em edital, no mesmo processo seletivo e para o mesmo Programa.

12.7 Efetivação da matrícula

- 12.7.1 A efetivação da matrícula se dará a partir de dois requisitos fundamentais: o fiel cumprimento de todas as normas, documentos e prazos constantes deste Edital, e, a efetivação do cadastro do candidato aprovado no sistema de pagamento de bolsas.
- 12.7.2 Caso o cadastramento do candidato aprovado no sistema de bolsas seja impedido por motivos que fujam à responsabilidade do IFF, como por exemplo a indisponibilidade de bolsas por contingenciamento oriundo de decisão dos órgãos financiadores governamentais, o candidato aprovado não será considerado matriculado.

do, uma vez que a vinculação do profissional médico à uma bolsa de estudos é uma das condições obrigatórias para caracterizar a condição de médico residente.

12.7.3 Não será permitido o início das atividades do programa de residência médica, como treinamento em serviço, participação de atividades teóricas ou teórico-práticas de candidatos aprovados cujo cadastro no sistema de pagamento de bolsa não tenha sido efetivado.

13 RECLASSIFICAÇÃO

13.1 A reclassificação dos candidatos ocorrerá em todas as circunstâncias em que o número de vagas destinadas especificamente para cada programa de Residência Médica não seja preenchido.

13.2 As vagas resultantes de desistências de candidatos classificados serão ocupadas na ordem imediata de reclassificação pelos candidatos que optaram pelo mesmo programa.

13.3 A convocação para a reclassificação em quaisquer das circunstâncias previstas neste Manual, ocorrerá por correio eletrônico, conforme informações prestadas no momento da inscrição para candidatos a programas do IFF/Fiocruz.

13.4 O candidato que não responder à convocação no prazo de 24 horas será considerado desistente.

13.5 O setor responsável pela matrícula no IFF convocará tantos aprovados quantos forem necessários para o preenchimento das vagas remanescentes até 30 (trinta) dias após o início do Programa de Residência.

13.6 A Resolução CNRM nº1/2017 determina que **o candidato matriculado no Sistema da CNRM só poderá formalizar a desistência do PRM e ser remanejado para outro programa até o dia 15 de março**. Depois dessa data, o candidato já matriculado não poderá ser reinserido no SisCNRM em outro PRM. A reclassificação deverá obedecer a ordem de classificação, sendo chamados a seguir os candidatos ainda não matriculados em nenhum PRM.

13.7 A Comissão de Seleção não se responsabiliza por e-mail não lido, não recebido, bloqueado por sistema anti-spam, cadastrado incorretamente ou devolvido porque a caixa de entrada excedeu o limite oferecido pelo provedor. Não realizar a matrícula neste período será entendido como desistência da vaga e o candidato subsequente será chamado, não havendo possibilidade de retroação na lista de classificação.

14 DESISTÊNCIA

14.1 Em caso de desistência do candidato já matriculado no Programa, este deverá preencher e assinar o Termo de Desistência à Coordenação de Ensino do IFF/Fiocruz solicitando o cancelamento da sua matrícula e mencionando o respectivo motivo.

14.1.1 O Termo de Desistência citado no item 14.1 será disponibilizado no Portal de Ensino do IFF, na página “Documentos e Formulários”, subitem “Pós-Graduação Lato sensu”, que pode ser acessado diretamente através do seguinte endereço:
http://ensino.iff.fiocruz.br/DOCS/Termo_de_Desistencia_Atualizado.pdf

14.2 A manifestação de desistência que trata o subitem 14.1 deverá ser assinada, digitalizada e encaminhada pelo candidato prioritariamente por meio eletrônico (e-mail), a fim de agilizar o processo de reclassificação nos seguintes endereços do IFF (residencia.iff@fiocruz.br).

15 DISPOSIÇÕES GERAIS

15.1 O preenchimento das vagas obedecerá à ordem decrescente de pontuação obtida na seleção pelos candidatos, sendo considerados, também, os critérios de desempate.

15.2 O candidato selecionado deverá atender aos requisitos dispostos no item 6, como também ser responsável por manter seu endereço eletrônico atualizado junto ao IFF.

15.3 O candidato que não puder cumprir a carga horária descrita na Resolução da CNRM nº 02/2006, será considerado desclassificado.

15.4 Com relação à pontuação extra para quem cursou o Programa de Valorização do Pessoal da Atenção Básica, Programa de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade, ou Brasil Conta Comigo será adotada a legislação vigente em território nacional no ato da matrícula.

15.5 O candidato que não comparecer na data de início do Programa de Residência Médica no qual foi matriculado, **terá 24 horas para justificar**, por escrito, sua ausência, sob pena de ser desligado do programa.

15.6 O valor bruto da bolsa é de R\$ 4.106,09 (quatro mil, cento e seis reais e nove centavos), podendo ser reajustada no decorrer dos Programas. Sobre esse valor incidirá o desconto legal referente ao pagamento da Previdência Oficial (INSS). Não haverá desconto referente ao Imposto de Renda. O desconto do valor referente ao pagamento do INSS é obrigatório.

15.6.1 O pagamento da bolsa auxílio para o médico residente é responsabilidade do IFF. Para que o valor da bolsa de março possa ser depositado no início do mês de abril é necessário que o residente tenha sido matriculado até dia determinado pelo setor de pagamento da Fiocruz em março, quando a folha de pagamento da unidade é encerrada. Os residentes matriculados após essa data receberão as bolsas referentes aos meses de março e abril no início do mês de maio.

15.6.2 As bolsas serão depositadas diretamente na conta bancária dos residentes. Deve ser informada uma CONTA SALÁRIO, vinculada a uma conta corrente, em nome do próprio residente. O Ministério da Saúde não faz pagamentos de bolsas em qualquer outro tipo de conta, que não seja CONTA SALÁRIO.

15.6.3 Os dados bancários podem ser dos Bancos credenciados: Banco do Brasil S/A, Caixa Econômica Federal, Banco Bradesco S/A, Itaú Unibanco S/A e Banco Santander (Brasil) S/A. Sugerimos que seja preferencialmente no Banco do Brasil S/A.

15.6.4 Nos casos de atraso do pagamento de bolsas oriundos de eventuais falhas nas

informações prestadas pelos candidatos matriculados, o IFF será totalmente isentos de responsabilidade.

15.6.5 Nos casos de atraso do pagamento de bolsas citados no item 16.6.4 deste Edital, o residente não poderá interromper as atividades práticas, teóricas e teórico-práticas previstas no seu programa, nem terá justificadas eventuais faltas.

15.7 A médica residente terá assegurada a licença maternidade de 120 (cento e vinte) dias, durante a qual será suspenso o pagamento de sua bolsa. Por estar filiada ao Regime Geral de Previdência Social como contribuinte individual, com direito à licença maternidade, deverá solicitar o benefício do salário maternidade junto ao INSS. O período de afastamento do programa de residência médica deverá ser repostado ao final, sendo mantido o pagamento da bolsa.

15.8 Decorridos 180 (cento e oitenta) dias do resultado final do Processo, serão destruídos todos os documentos e processos a ele relativos, independente de qualquer formalidade.

15.9 A Coordenação de Educação do IFF divulgará, sempre que necessário, normas complementares ao presente Edital em avisos oficiais.

15.10 Somente será oferecido **alojamento** para os alunos matriculados com residência comprovada fora da **Região Metropolitana do Rio de Janeiro¹** e considerando a disponibilidade de vagas, de acordo com os critérios estabelecidos pela COREME.

15.10.1 A Região Metropolitana do Rio de Janeiro constitui-se dos seguintes Municípios: Rio de Janeiro, Niterói, Duque de Caxias, Itaboraí, Itaguaí, Magé, Maricá, Nilópolis, Novalguçu, Paracambi, Petrópolis, São Gonçalo, São João do Meriti, Mangaratiba, Belford Roxo, Seropédica, Mesquita, Queimados, Japeri, Guapimirim e Tanguá.

15.10.2 O médico-residente interessado em ocupar uma vaga de alojamento deverá manifestar esta intenção **no ato da matrícula, anexando o comprovante de residência/moradia de residência/moradia.**

15.10.3 O critério de distribuição de vagas existentes será o de melhor desempenho na prova objetiva.

15.10.4 Vagas em alojamento resultantes de desistência de candidatos melhor classificados serão oferecidas segundo ordem de apresentação de médicos residentes reclassificados.

15.11 Os casos omissos serão resolvidos pelas Coordenação da Área de Educação do IFF/Fiocruz.

15.12 Em conformidade com a [Resolução nº1. de 3 de janeiro de 2017](#), publicada no **Diário Oficial nº 4 de 5 de janeiro de 2017**, o último dia para inserção de residentes no sistema da Comissão Nacional de Residência Médica é 31 de março de 2023, salvo esta Comissão faça, extraordinariamente, alguma alteração nesta data.

15.13 O Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas fará a recepção dos médicos dia 01/03 e realizará treinamento em Rotinas Básicas do Instituto nos dias 01 a 03 de março. A Comissão de Seleção fará divulgar, sempre que se fizer necessário, “Normas Complementares ao presente Edital e Avisos Oficiais”.

15.14 A Comissão de Seleção constitui última instância para recurso, sendo soberana em suas decisões, razão pela qual não caberão recursos adicionais.

15.15 Ao se inscrever no presente Processo Seletivo, por livre e espontânea vontade, o candidato expressa **sua concordância integral com os termos** deste Edital.

15.16 Os casos omissos e as situações não previstas neste Edital serão decididos pela Comissão de Seleção.

ANEXO 1 – CONTEÚDOS PROGRAMÁTICOS E REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

R4 – ESPECIALIDADES PEDIÁTRICAS:

- **Neonatologia e Infectologia pediátrica (IFF)**

A) Conteúdo Programático

Pediatria Geral

B) Referências Bibliográficas

Campos Júnior, Dioclécio / Burns, Dennis Alexander Rabelo / Lopez, Fabio Ancona. Tratado de Pediatria, Sociedade Brasileira de Pediatria, 2 vol. 5ª ed./2021, Editora Manole.

Fanaroff and Martin's Neonatal-Perinatal Medicine 2-Volume Set, 11th Edition, Elsevier/Mosby, 2020 (publicado em maio, 2019)

John P. Cloherty, Manual de Neonatologia Edição: 7, 2015, Guanabara Koogan. ISBN: 9788527726627.

Kimberlin, D.; Brady, M. et al. Redbook. American Academy of Pediatrics, 2021.

Ministério da Saúde do Brasil. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Crianças e Adolescentes. Última modificação: 01.04.2019. ISBN 978-85-334-2643-6. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2017/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-paramanejo-da-infeccao-pelo-hiv-em-criancas-e>

Ministério da Saúde do Brasil. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia Antirretroviral Pós-Exposição de Risco à Infecção pelo HIV. Brasília, 2015. Disponível em: http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2015/58168/pcdt_peg_20_10_1.pdf

Ministério da Saúde do Brasil. Protocolo de Tratamento de Influenza. 2017.
<https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/abril/19/protocolo-influenza2017.pdf>

Robert Kliegman, Bonita M.D. Stanton, Joseph St. Geme e Nina Schor. Nelson - Tratado de Pediatría, Edição: 21|2022. Editora: GEN Guanabara Koogan.

Sociedade Brasileira de Pediatría. Atualização no Tratamento e Prevenção da Infecção pelo Vírus Influenza – 2020. Disponível em:
https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/22445fDiretriz_Atualiz_Trat_e_Prev_Infec_Virus_Influenza_2020.pdf

ANEXO 2 – REQUERIMENTO DE CONDIÇÕES ESPECIAIS

REQUERIMENTO DE CONDIÇÕES ESPECIAIS PARA REALIZAÇÃO DAS PROVAS

Nome do Candidato:

Nº da inscrição RG:

CPF:

Telefone ou outra forma de contato:

Sr. Presidente da Comissão de Seleção: O candidato acima identificado, concorrendo a uma vaga de residente no Programa de Residência Médica em _____ vem requerer a V.S.^a que lhe sejam concedidas condições especiais para realizar a prova escrita, em virtude de:

1. INSCRITO COMO PESSOA COM DEFICIÊNCIA

- mobiliário acessível e fácil acesso;
- auxílio de fiscal leitor indicado pela comissão organizadora do processo seletivo;
- auxílio de fiscal transcritor indicado pela comissão organizadora do processo seletivo;
- prova gravada em áudio;
- prova gravada em libras por fiscal leitor indicado pela comissão organizadora do processo seletivo;
- prova impressa em braile;
- prova impressa em caracteres ampliados, com indicação do tamanho da fonte
- auxílio de intérprete de Libras indicado pela comissão organizadora do processo seletivo;
- tempo adicional (Até uma hora).

Observações: Maiores esclarecimentos entrar em contato com a comissão do processo seletivo pelo e-mail selecaoresidencia.iff@fiocruz.br ou por telefone (21) 2554-1714.

2. NECESSITAR DE ACOMPANHANTE PARA AMAMENTAR SEU BEBÊ

Nome completo da pessoa que irá acompanhar o bebê para ser amamentado _____, RG nº _____, emitido por _____. Obs.: O original do documento informado deverá ser apresentado no dia da prova. Nestes termos, pede deferimento.

Rio de Janeiro, _____ de _____ de 2024.

Assinatura do (a) candidato(a)

ANEXO 3 - REQUERIMENTO ISENÇÃO DA TAXA DE INSCRIÇÃO

CENTRO DE ESTUDOS OLINTO DE OLIVEIRA

VAGA PRETENDIDA

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

DADOS PESSOAIS

NOME COMPLETO

SEXO

M		F	
---	--	---	--

DATA DE NASCIMENTO

--	--	--	--	--	--	--	--

DOCUMENTO DE IDENTIDADE

--	--	--	--	--	--	--	--

CPF

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

DADOS RESIDENCIAIS (RUA, AV, PRAÇA, ETC) ENDEREÇO COMPLEMENTO

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

NÚMERO

--	--	--	--

BAIRRO

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

CEP

--	--	--	--	--	--

CIDADE

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

ESTADO

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

TELEFONES

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

EMAIL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

ASSINATURA DO REQUERENTE

Formulários para impressão e preenchimento necessários para serem entregues com os documentos exigidos para a matrícula

ANEXO 4- RELAÇÃO DE VACINAS A SEREM COMPROVADAS⁴ E ESQUEMA ADEQUADO⁵

Vacinas	1ª dose	2ª dose	3ª dose
Dupla Adulta DT – Difteria e Tétano⁶	1º dia	60 dias	120 dias
Hepatite A	1º dia	Intervalo de 6 meses da 1ª dose	
Hepatite B⁷	1º dia	30 dias	180 dias
Varicela	1º dia	Intervalo de 4 a 8 semanas da 1ª dose	
Gripe Sazonal	Dose anual		
Influenza “A” H1N1	Dose única		
Tríplice Viral (MMR) – Sarampo, Caxumba e Rubéola	Dose única		
BCG - Tuberculose	Indicada para profissionais de saúde com prova tuberculínica (PPD) negativa.		

Vacinas aplicadas nos Postos de Saúde (apresentar carteira): Dupla Tipo Adulto, Hepatite B, Gripe, MMR e BCG.

Vacinas que são tomadas no CRIE (Tel: 2562-2124) Varicela (para quem não teve a doença)

Vacinas que não são aplicadas nos Postos de Saúde, mas são recomendadas: Hepatite A (para quem não teve a doença)

⁴ Comissão de Biossegurança do IFF.

⁵ Programa Nacional de Imunização (http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/area.cfm?id_area=1448).

⁶ Esquema para não vacinados. Indivíduos com esquema incompleto: completar as 3 doses; indivíduos com esquema completo: 1 dose reforço 10/10anos.

⁷ Deve realizar a sorologia anti-HBs (resultado dessa sorologia deverá ser maior ou igual a 10 UI/L; em caso de titulação de anticorpos inferior a este nível, deve-se repetir a vacinação e a sorologia). Reforço a cada 5 anos.

ANEXO 5 - TERMO DE RESPONSABILIDADE - VACINAÇÃO

Eu _____, portador da cédula de identidade nº _____, emitida por _____ em ____/____/_____, residente do programa de _____, estou sendo informado das vantagens e dos efeitos colaterais da aplicação das vacinas recomendadas pelo Ministério da Saúde para profissionais de saúde, e declaro que não desejo submeter-me à imunização contra as seguintes doenças:

_____, _____, _____, _____,
_____, _____, _____, _____,

Ainda, informo que estou ciente do risco de infectar-me por estes agentes biológicos.

Rio de Janeiro, ____ de _____ de _____.

Assinatura do/a candidato/a

ANEXO 6 - FORMULÁRIO DE MATRÍCULA IFF R4 2024

TERMO DE MATRÍCULA – R4

À COORDENAÇÃO DA PÓS-GRADUAÇÃO LATO SENSU / IFF/ FIOCRUZ,

NOME:	CPF:	DATA NASC.:

SEXO:	EST. CIVIL:	NIV. ESCOLAR.:	NACIONALIDADE:

UF NASCIMENTO:	PAIS ORIGEM:	ANO CHEGADA:	PIS/PASEP/NIT:

TITULO ELEITOR:	NOME DA MÃE:

COR/ORIG. ETINA:	PESSOA C/ DEFIC.:	GRUPO:	RG:

G. SANGUINEO:	CÓDIGO:	ORG. EXP.:	UF:

FATOR RH:	DEPEND. ECONOM.:	EMISSÃO:

ENDEREÇO:	NÚMERO:

COMPLEM.:	BAIRRO:	MUNICÍPIO	UF:

CEP:	TEL.:	CEL:

EMAIL:	DATA 1º EMPREGO

BANCO	AGÊNCIA:	DV:	CONTA:	DV:

BANCO	AGÊNCIA:	DV:	CONTA:	DV

NOME DA AGÊNCIA BANCÁRIA

--

VENHO REQUERER MATRÍCULA NO CURSO DE RESIDÊNCIA MÉDICA R4 2024 EM:

- () NEONATOLOGIA
- () INFECTOLOGIA PEDIÁTRICA

ANEXO 7 - TERMO DE COMPROMISSO

Pelo presente termo por mim assinado, assumo o compromisso de desempenhar as tarefas a mim determinadas, na qualidade de Médico Residente do Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira da Fundação Oswaldo Cruz (IFF/Fiocruz), mediante as condições vigentes e alterações posteriores do seu Regulamento Interno da Residência Médica e, ainda, declaro o seguinte:

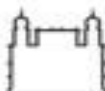
- a) não ter vínculo empregatício de qualquer natureza com o IFF ou outra unidade da Fiocruz.
- b) estar ciente de que estou sujeito a uma carga horária de treinamento em serviço de 60 horas semanais (incluindo plantões aos sábados, domingos e feriados).
- c) estar ciente de que farei jus à bolsa auxílio, paga pelo IFF/Fiocruz, no valor determinado pela legislação em vigor, durante o período em que estiver cursando o meu programa de residência, excetuados os períodos de licença oficial ou trancamento, previamente aprovados pela COREME.
- d) estar ciente de que, não concluindo o período determinado do programa ao qual estou matriculado ou não cumprindo todas as atribuições previstas no programa, não receberei certificado ou declaração de qualquer natureza. Entre estas atribuições está incluída a apresentação e aprovação de um trabalho de conclusão de curso conforme previsto no Regulamento.
- e) saber que serei avaliado periodicamente pelos docentes, preceptores e coordenadores dos programas e que, se for avaliado como tendo desempenho insuficiente, estarei sujeito a penalidades previstas no Regulamento, podendo até ser desligado do Programa de Residência Médica.
- f) estar ciente de que não posso ausentar-me do serviço ou setor em que estiver estagiando, sem permissão do Chefe do Setor ou do Supervisor do horário.
- g) estar ciente de que devo apresentar-me ao serviço ou setor adequadamente uniformizado e respeitando a pontualidade.

- h) saber que devo me submeter à legislação da Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM)/MEC.
- i) entender que, como médico, meus atos e atitudes também serão regidos pelo Código de Ética Médica.
- j) estar ciente de que o prazo de vigência do presente termo é da duração do programa ao qual estou matriculado.

Programa:_____.

RiodeJaneiro, _____ de _____ de _____.

Assinatura do/a médico/a residente



FORMULÁRIO DE CADASTRO DE PROFISSIONAL

(Dados para cadastro no sistema Cadweb, Alert-Absolute, Alert-PFH)

Campos assinalados com * (asterisco) são de preenchimento obrigatório. Utilizar letras maiúsculas sem acento ou caracteres especiais

5. Dados Pessoais

5.1 Nome da Mãe *

5.2 Nome do Pai

5.3 Data de Nascimento *

□	□	□	□	□	□	□	□
---	---	---	---	---	---	---	---

5.4 Sexo *

<input type="checkbox"/>	Masc
<input type="checkbox"/>	Fem

5.5

Raça/Cor

5.6 Nacionalidade *

5.7 Município de Nascimento * (para Nacionalidade Brasileira)

5.8 UF de Nascim *

□	□
---	---

5.9 Escolaridade *

6. Endereço

6.1 CEP *

□	□	□	□	□	□	-	□	□	□
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

6.2 UF de residência *

□	□
---	---

6.3 Logradouro *

6.4 Número *

6.5 Complemento

6.6 Bairro e Município de residência *

7. Documentação

7.1 RG número *

7.2 Órgão Emissor da RG *

7.3 UF *

7.4 Data de Emissão da RG *

□	□	□	□	□	□	□	□
---	---	---	---	---	---	---	---

8. Data do preenchimento e assinatura do profissional e chefia imediata *

□	□	□	□	□	□	□	□
---	---	---	---	---	---	---	---

□	□	□	□	□	□	□	□
---	---	---	---	---	---	---	---

Assinatura do profissional

Assinatura da chefia imediata

9. Fluxo para cadastro nos sistemas, atribuição de vínculo e acessos e arquivamento do formulário

9.1 Cadastro no Alert-Absolute

□	□	□	□	□	□	□	□
---	---	---	---	---	---	---	---

Assinatura do responsável

9.2 Cadastro no CNES

□	□	□	□	□	□	□	□
---	---	---	---	---	---	---	---

Assinatura do responsável

9.3 Atribuição de vínculo e acessos - Alert-Absolute

□	□	□	□	□	□	□	□
---	---	---	---	---	---	---	---

Assinatura do responsável

9.4 Arquivamento no setor de origem

□	□	□	□	□	□	□	□
---	---	---	---	---	---	---	---

Assinatura do responsável

ANEXO 9 – DECLARAÇÃO DE VERACIDADE

Eu, _____, inscrito(a) no CPF sob o nº _____, declaro, sob as penas previstas na [Lei Federal nº 12.726 de 08 de outubro de 2018](#), que as informações e os documentos apresentados listados no item 13.1 do edital do concurso e requeridos para fins de minha matrícula no Programa de Residência de Medicina em _____ ofertado pelo Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira (IFF) e Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) são verdadeiros e autênticos e que, em caso de declaração falsa, ficarei sujeito às sanções administrativas, civis e penais aplicáveis.

Por ser esta a expressão da verdade, firmo a presente.

Rio de Janeiro, / /

Assinatura

**ANEXO 10 - TERMO DE CONSENTIMENTO PARA TRATAMENTO DE DADOS PESSOAIS - LEI Nº 12.709,
DE 14 DE AGOSTO DE 2018 LEI GERAL DE PROTEÇÃO DE DADOS PESSOAIS – LGPD**

Eu, _____, inscrito(a) no CPF sob o nº _____, por meio do presente instrumento, aqui denominado como TITULAR, venho por meio deste, autorizar que o Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira (IFF)/Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), aqui denominada como CONTROLADORA, inscrita no CNPJ sob nº 33.781.055/0001-35, em razão da minha vinculação como residente, disponha dos meus dados pessoais e dados pessoais sensíveis, de acordo com os artigos 7º e 11 da Lei nº 12.709/2018, conforme disposto neste termo:

CLÁUSULA PRIMEIRA

Dados Pessoais

O Titular autoriza a Controladora a realizar o tratamento, ou seja, a utilizar os seguintes dados pessoais, para os fins que serão relacionados na cláusula segunda, todos os constantes nos documentos listados no ato de matrícula conforme o item 13.1 do edital do processo seletivo público, bem como: nome completo; data de nascimento; número e imagem da Carteira de Identidade (RG); número e imagem do Cadastro de Pessoas Físicas (CPF); número e imagem do Título de Eleitor; número e imagem do Certificado de Reservista (se for o caso); número e imagem do Programa de Integração Social (PIS); fotografia 3x4; imagem da Certidão de Casamento; imagem do Diploma e Histórico de Graduação; número e imagem da Carteira do Conselho Profissional; imagem de Certificados e Históricos de outros programas de residência cursados; endereço completo; números de telefone, WhatsApp e endereços de e-mail; banco, agência e número de contas bancárias; comunicação, verbal e escrita, mantida entre o Titular e o Controlador; exames e atestados médicos, especialmente admissionais, periódicos, incluídos de retorno por afastamento superior a 15 dias em caso de doença, acidente ou parto e ainda aqueles que atestem doença ou acidente; certidão de nascimento dos filhos (se aplicável); carteira de vacinação; número e imagem do seguro pessoal contra acidentes; número e imagem do cadastro no CNES; imagem do certificado de quitação eleitoral.

CLÁUSULA SEGUNDA

Finalidade do Tratamento dos Dados

O Titular autoriza que a Controladora utilize os dados pessoais e dados pessoais sensíveis listados neste termo para as seguintes finalidades: permitir que a Controladora identifique e entre em contato com o titular, em razão do contrato de trabalho; para cumprimento de obrigações decorrentes da legislação, principalmente trabalhista e previdenciária, mas também dos órgãos reguladores e financiadores dos programas de residência no Brasil; para procedimentos de admissão e execução do contrato de bolsista, inclusive após seu término; para cumprimento, pela Controladora, de obrigações impostas por órgãos de fiscalização; quando necessário para a executar um contrato, no qual seja parte o titular; a pedido do titular dos dados; para o exercício regular de direitos em processo judicial, administrativo ou arbitral; para a proteção da vida ou da incolumidade física do titular ou de terceiros; para a tutela da saúde, exclusivamente, em procedimento realizado por profissionais de saúde, serviços de saúde ou autoridade sanitária; quando necessário para atender aos interesses legítimos do controlador ou de terceiros, exceto no caso de prevalecerem direitos e liberdades fundamentais do titular que exijam a proteção dos dados pessoais; permitir que a Controladora utilize esses dados para a contratação e prestação de serviços diversos dos inicialmente ajustados, desde que o Titular também demonstre interesse em contratar novos serviços.

Parágrafo Primeiro: Caso seja necessário o compartilhamento de dados com terceiros que não tenham sido relacionados nesse termo ou qualquer alteração contratual posterior, será ajustado novo termo de consentimento para este fim (§ 6º do artigo 8º e § 2º do artigo 9º da Lei nº 12.709/2018).

Parágrafo Segundo: Em caso de alteração na finalidade, que esteja em desacordo com o consentimento original, a Controladora deverá comunicar o Titular, que poderá revogar o consentimento, conforme previsto na cláusula sexta.

CLÁUSULA TERCEIRA

Compartilhamento de Dados

A Controladora fica autorizada a compartilhar os dados pessoais do Titular com outros agentes

de tratamento de dados, caso seja necessário para as finalidades listadas neste instrumento, desde que, sejam respeitados os princípios da boa-fé, finalidade, adequação, necessidade, livre acesso, qualidade dos dados, transparência, segurança, prevenção, não discriminação e responsabilização e prestação de contas.

CLÁUSULA QUARTA

Responsabilidade pela Segurança dos Dados

A Controladora se responsabiliza por manter medidas de segurança, técnicas e administrativas suficientes a proteger os dados pessoais do Titular e à Autoridade Nacional de Proteção de Dados (ANPD), comunicando ao Titular, caso ocorra algum incidente de segurança que possa acarretar risco ou dano relevante, conforme artigo 48 da Lei nº 12.709/2020.

CLÁUSULA QUINTA

Término do Tratamento dos Dados

O Titular poderá revogar seu consentimento, a qualquer tempo, por e-mail ou por carta escrita, conforme o artigo 8º, § 5º, da Lei nº 12.709/2020.

O Titular fica ciente de que a Controladora poderá permanecer utilizando os dados para as seguintes finalidades: para cumprimento de obrigações decorrentes da legislação trabalhista e previdenciária, incluindo o disposto em Acordo ou Convenção Coletiva da categoria da Controladora; para procedimentos de admissão e execução do contrato de trabalho, inclusive após seu término; para cumprimento, pela Controladora, de obrigações impostas por órgãos de fiscalização; para o exercício regular de direitos em processo judicial, administrativo ou arbitral; para a proteção da vida ou da incolumidade física do titular ou de terceiros; para a tutela da saúde, exclusivamente, em procedimento realizado por profissionais de saúde, serviços de saúde ou autoridade sanitária; quando necessário para atender aos interesses legítimos do controlador ou de terceiros, exceto no caso de prevalecerem direitos e liberdades fundamentais do titular que exijam a proteção dos dados pessoais.

CLÁUSULA SÉTIMA

Tempo de Permanência dos Dados Recolhidos

O titular fica ciente de que a Controladora deverá permanecer com os seus dados pelo período mínimo de guarda de documentos trabalhistas, previdenciários, bem como os relacionados à segurança e saúde no trabalho, mesmo após o encerramento do vínculo educacional.

CLÁUSULA OITAVA

Vazamento de Dados ou Acessos Não Autorizados – Penalidades

As partes poderão entrar em acordo, quanto aos eventuais danos causados, caso exista o vazamento de dados pessoais ou acessos não autorizados, e caso não haja acordo, a Controladora tem ciência que estará sujeita às penalidades previstas no artigo 52 da Lei nº 12.709/2018:

Rio de Janeiro, _____ de _____ de _____.

Assinatura

ANEXO 12 TERMO DE RENÚNCIA – ALOJAMENTO

Eu _____, portador da cédula de
identidade nº _____, emitida por _____ em ____/____/____, residente do
Programa de _____, com endereço
_____, vem por meio de seu representante
legal, ou em causa própria, RENUNCIAR ao direito de alojamento previsto nos termos da Lei nº
6.932/81, art. 4º, § 1º.

Rio de Janeiro, ____/____/____

Assinatura

ANEXO 13 – DECLARAÇÃO DE NÃO CUSTEIO DE CURSO PREPARATÓRIO

Eu, _____, inscrito(a) no CPF sob o nº _____, declaro para quaisquer das situações descritas nas alíneas "a" a "e" do subitem 7.15.2 deste Edital, sob as penas previstas no art. 10 do [Decreto Federal nº 83.936, de 6 de setembro de 1979](#), que de acordo com o art.5º da [Resolução CNRM nº7/2010](#) que não custeei com recursos próprios curso preparatório para o processo seletivo de ingresso no Programa de Residência Médica de _____ ofertado pelo Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira (IFF) e Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). Estou ciente de que, em caso de declaração falsa, ficarei sujeito às sanções administrativas, civis e penais aplicáveis.

Por ser esta a expressão da verdade, firmo a presente.

Rio de Janeiro, / /

Assinatura

ANEXO 14 – FORMULÁRIO - PESSOAS COM DEFICIÊNCIA

1 – Nome do requerente:

2 - Data de nascimento:

3 - Identidade:

4 - Órgão Expedidor:

5 - CPF:

6 - Tipo de deficiência: () Deficiência física () Deficiência auditiva () Deficiência visual ()
Deficiência intelectual () Transtorno do Espectro Autista () Deficiência múltipla

Especificações sobre a deficiência (exemplo: para deficiência visual, informar se é cegueira,
baixavisão ou visão monocular):

Precisa de atendimento diferenciado durante a realização da prova? SIM () NÃO ()

Se você respondeu SIM à pergunta anterior, quais as condições diferenciadas de que
necessita para a realização da prova?

DECLARO, que as informações prestadas nesta declaração são de minha inteira
responsabilidade, estando de que, em caso de falsidade ideológica ou a não
comprovação da deficiência, ficarei sujeito ao desligamento do curso e às sanções prescritas
na legislação em vigor.

DECLARO concordar com a divulgação de minha condição de optante por vagas destinadas
a ações afirmativas, nos documentos e listas publicadas durante o processo seletivo.

_____, _____ de _____ de _____

_____.

Assinatura Candidato (a)