



Ministério da Saúde  
FIOCRUZ  
Fundação Oswaldo Cruz



## EDITAL

**EDITAL SIMPLIFICADO PARA PREENCHIMENTO DE VAGA REMANESCENTE**

**PROCESSO SELETIVO PARA PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL  
2024**

Rio de Janeiro  
Fevereiro de 2024

**Ministério da Saúde**

Nísia Verônica Trindade Lima

**Fundação Oswaldo Cruz**

Mario Moreira

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

Antônio Flávio Vitarelli Meirelles

**Coordenação de Educação**

Carla Trevisan M. Ribeiro e Zilton Vasconcelos

**Coordenação de COREMU**

Adriana Teixeira Reis e Ana Lúcia Nunes Diniz

**Coordenação Programa de Residência Multiprofissional**

Suiane Chagas de Freitas Baptista e Nelbe Nesi Santana

## SUMÁRIO

1	– APRESENTAÇÃO .....	4
2	– O PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL .....	5
3	– DISTRIBUIÇÃO GERAL DE VAGAS DO PROGRAMA .....	8
4	– REQUISITOS PARA INGRESSO NO PROGRAMA .....	9
5	– INSCRIÇÕES .....	12
6	– HOMOLOGAÇÃO DE INSCRIÇÃO .....	17
7	– PROVAS DE CONHECIMENTO .....	18
8	– REALIZAÇÃO DA ETAPA 1 (PROVA OBJETIVA) .....	19
9	– DIVULGAÇÃO DO GABARITO E RECURSOS ETAPA 1 (PROVA OBJETIVA) .....	24
10	– RESULTADO DA ETAPA 1 (PROVA OBJETIVA) .....	26
11	– REALIZAÇÃO DA ETAPA 2 (ANÁLISE DE TÍTULO PRESENCIAL) .....	27
12	– RESULTADO FINAL .....	30
13	MATRÍCULA .....	32
14	– RECLASSIFICAÇÃO .....	41
15	– DESISTÊNCIA .....	42
16	DISPOSIÇÕES GERAIS .....	43
17	– CALENDÁRIO GERAL .....	45
	ANEXO 1- CONTEÚDOS PROGRAMÁTICOS E REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	47
	ANEXO 2 – FORMULÁRIO PARA ANÁLISE DE TÍTULOS – ETAPA 2 .....	84
	ANEXO 3 – REQUERIMENTO DE CONDIÇÕES ESPECIAIS .....	87
	ANEXO 4 - VACINAS A SEREM COMPROVADAS <sup>2</sup> E ESQUEMA VACINAL ADEQUADO <sup>3</sup> .....	88
	ANEXO 5 - REQUERIMENTO DE ISENÇÃO DE TAXA DE INSCRIÇÃO .....	89
	ANEXO 6 – FORMULÁRIO PARA PEDIDO DE RECURSO .....	90
	ANEXO 7 – DECLARAÇÃO DE VERACIDADE DAS INFORMAÇÕES E AUTENTICIDADE DOS DOCUMENTOS APRESENTADOS .....	91
	ANEXO 8 – TERMO DE CONSENTIMENTO PARA TRATAMENTO DE DADOS PESSOAIS .....	92
	ANEXO 9 – FORMULÁRIO PARA EFETIVAÇÃO DA MATRÍCULA FICHA DE MATRÍCULA – SIGRESIDÊNCIAS 2024 .....	97

## **1 – APRESENTAÇÃO**

O Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira (IFF), unidade técnico-científica da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), 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”* vem, através da Coordenação de Educação e do Centro de Estudos Olinto de Oliveira, tornar pública a abertura das inscrições do processo seletivo para o Programa de Residência em Área Profissional da Saúde, modalidade Multiprofissional, na área de concentração de Saúde da Criança e do Adolescente Cronicamente Doentes.

O programa terá início no primeiro dia útil de março de 2024, visando ao preenchimento de **1 (uma) vaga para área: Terapia Ocupacional**. Esse programa está de acordo com as Normas e Resoluções emanadas pela Comissão Nacional de Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde (CNRMS).

Este Edital deve ser lido com atenção, pois nele estão contidas informações importantes quanto ao procedimento para inscrição, realização das provas, divulgação dos resultados, reclassificação e matrícula. A inscrição no Processo Seletivo implica a aceitação dos Termos deste Edital.

**A interposição de recursos relativos ao conteúdo desse edital poderá ser feita no período de 01 a 02/01/2024, das 09h 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 da Área de Educação do IFF/FIOCRUZ

## **2 – O PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL**

2.1 Natureza do programa: A Residência Multiprofissional em Saúde do IFF/Fiocruz **constitui desde 2010** uma modalidade de ensino de Pós-graduação *Lato sensu*, sob a forma de curso de especialização, destinada a profissionais da área da saúde e caracterizada por formação em serviço, em regime de tempo integral, com 60 horas semanais, 1 (uma) folga semanal, sob dedicação exclusiva, totalizando 5.760 horas. Ainda em relação à dedicação exclusiva sob regime de 60h semanais, entende-se que a mesma se constitui como impedimento da frequência de profissionais de saúde residentes em concomitância com qualquer outra atividade profissional ou de trabalho com recompensa indenizatória, além de incompatível com a frequência a qualquer atividade formativa que exija dispensa da assiduidade integral às 60h semanais, conforme o contido no Despacho Orientador CNRMS 01/2015. É vedada aos profissionais residentes que ingressarem em qualquer das Áreas Profissionais do programa Multiprofissional a concomitância da residência com Programas de Pós- Graduação *Lato sensu* (modalidade especialização) e *Stricto sensu* (Mestrado – Acadêmico ou Profissional – Doutorado ou Pós-Doutorado) em razão da incompatibilidade de frequência.

2.2 Financiamento do programa: O Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Criança e do Adolescente Cronicamente Doentes do IFF/Fiocruz foi selecionado pelo Edital nº 24/2009 (SGTES/MS e SESu-MEC) e homologado pela Portaria Conjunta nº 01, de 24 de fevereiro de 2010 para oferta de uma vaga para cada uma das sete áreas profissionais da saúde. O número de vagas do programa foi ampliado para quatorze vagas pelo Edital nº 17/2011, estando de acordo com as normas estabelecidas pela Portaria Interministerial nº 1.077, de 12 de novembro de 2009 e alterada pela Portaria Interministerial nº 16, de 22 de dezembro de 2014.

2.3 Bolsas dos residentes: Os residentes farão jus à bolsa cujo valor bruto, regulamentado pelo Ministério da Saúde (MS), está atualmente fixado pela Portaria Interministerial nº 09 de 13 de outubro de 2021 em R\$ 4.106,09 (quatro mil, cento e seis reais e nove centavos). Esse valor está sujeito a descontos, retenções tributárias e previdenciárias nos termos da Lei. Em casos de algumas licenças, como por

exemplo, o auxílio doença (quando o afastamento for superior a 15 (quinze) dias) e licença maternidade, hipóteses em que a bolsa será interrompida, retornando o seu pagamento após o término da licença quando da reposição da carga horária (subitem 2.1). O calendário de pagamento das bolsas se dará conforme normas do órgão financiador (Ministério da Saúde), bem como do tempo necessário para o processamento da instituição bancária. Eventuais atrasos no pagamento das bolsas pelos órgãos financiadores não são de responsabilidade do IFF/Fiocruz enquanto unidade proponente dos programas de residência supramencionados.

2.4 Critérios para conclusão dos programas: O encerramento do programa de Residência Multiprofissional do IFF/Fiocruz está em acordo com a [Resolução CNRMS nº 5 de 7 de novembro de 2014](#), na qual estão definidas as seguintes condições para obtenção do certificado de conclusão:

- (a) cumprimento integral (100%) da carga horária exclusivamente prática do programa;
- (b) cumprimento de um mínimo de 85% (oitenta e cinco por cento) da carga horária teórica e teórico- prática do programa;
- (c) aprovação obtida por meio de valores ou critérios adquiridos pelos resultados das avaliações realizadas durante o ano, com nota mínima ou conceito definido no Regimento Interno da COREMU (Comissão de Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde do Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira (IFF) da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz).
- (d) apresentação individual de Trabalho de Conclusão de Residência (TCR), consonante a realidade do serviço em que se oferta o programa, sob orientação do corpo docente assistencial coerente com o perfil de competências estabelecido pela COREMU.

**2.4.1** Em relação ao TCR, **o mesmo deverá ser apresentado até a data de conclusão dos programas**, com ênfase na Saúde da Criança e do Adolescente e de acordo com o Regimento Interno da COREMU vigente. A exigência de entrega de trabalho de conclusão até o término do programa de residência, está em conformidade com as exigências do art. 3º §2º da [Resolução CNRMS nº 5 de 7 de novembro de 2014](#). **O residente terá 15 dias para entrega do seu TCR na secretaria acadêmica.** Entretanto, caso seja necessário, a entrega final, poderá ser prorrogada por, no máximo, 90 (noventa) dias após o término do programa, mediante solicitação justificada e formalizada pelo orientador para a Secretaria Acadêmica e da coordenação

da respectiva Área Profissional e da Coordenação do Programa de Residência Multiprofissional. A prorrogação poderá ser concedida em três etapas consecutivas de 30 (trinta) dias, uma por vez. Caso seja necessário, antes do término da prorrogação anterior, o orientador do TCR deverá encaminhar a solicitação de prorrogação à Secretaria Acadêmica e dar ciência à coordenação da respectiva Área Profissional, à Coordenação do Programa de Residência Multiprofissional e à COREMU. **Cada uma dessas etapas deverá ser precedida de autorização pela coordenação do programa na qual o residente está vinculado e será homologada em reunião da COREMU**

**2.4.2** Todos os produtos decorrentes deste programa deverão ser disponibilizados conforme a **Política de Acesso Aberto da Fiocruz** e para isso o profissional residente deverá:

**(a)** efetuar o depósito do TCR/TCC e do Termo de Cessão (devidamente assinado pelo depositante) no Repositório Institucional Arca da produção intelectual desenvolvida no âmbito do Programa, para fins de divulgação pública, nos termos e de acordo com o estabelecido na Política Institucional de Acesso Aberto da Fiocruz;

**(b)** ceder, de forma não exclusiva e para fins não comerciais, os direitos patrimoniais de autor sobre a sua produção intelectual (TC), inclusive as publicações para fins de divulgação pública, nos termos e de acordo com o estabelecido na Política Institucional de Acesso Aberto da Fiocruz.

**2.5** Certificação: De acordo com o disposto na [Resolução CNRMS nº 7 de 13 de novembro de 2014](#), os egressos do programa de Residência Multiprofissional do IFF/Fiocruz farão jus ao certificado de conclusão do curso de especialização Lato sensu na modalidade residência, em que restará detalhada a modalidade (Multiprofissional) e a área de concentração (especialidade) do respectivo programacursado. **Caso o aluno não tenha concluído todas as etapas do programa de residência descritas no subitem 2.4 – alíneas “a” a “d” e 2.4.1, terá direito a uma declaração contendo as matérias cursadas, a respectiva carga horária e as respectivas notas.**

### 3 – DISTRIBUIÇÃO GERAL DE VAGAS DO PROGRAMA

ÁREAS	VAGAS AMPLA CONCORRÊNCIA	DURAÇÃO E REGIME
Terapia Ocupacional	1	2 anos 60 horas semanais, tempo integral e dedicação exclusiva
<b>Total de vagas</b>	<b>1</b>	<b>1 vaga</b>

**3.1.1 Os candidatos que não atingirem as notas mínimas em cada etapa do processo seletivo serão eliminados.**



## 4 – REQUISITOS PARA INGRESSO NO PROGRAMA

4.1 Ter concluído o curso de graduação plena as áreas profissionais da saúde descritas nesse Edital, realizado em instituições credenciadas pelo Ministério da Educação (MEC).

4.1.1 Candidatos recém-formados e que porventura no ato da matrícula ainda não possuem o diploma do curso de graduação plena na respectiva Área Profissional, poderão apresentar para fins de comprovação documental uma declaração de conclusão do referido curso emitida pela Instituição de Ensino Superior (IES), informando a data da colação de grau, anterior à data da matrícula, acompanhada do histórico escolar. A apresentação destes documentos deverá ser feita no ato da matrícula conforme procedimentos descritos no item 13 deste Edital (Matrícula) e, no local e prazo estipulados no item 17 deste Edital (Calendário Geral).

4.1.2 O candidato terá o prazo máximo até a data de conclusão do Programa de Residência Multiprofissional, contado do início efetivo de suas atividades, para apresentar o diploma e o histórico escolar que comprovam a conclusão do curso de graduação plena na respectiva Área Profissional. Enquanto o candidato não apresentar essa documentação, não serão emitidos o Certificado de Conclusão e Histórico Escolar do respectivo Programa de Residência Multiprofissional.

4.2 Ter inscrição regular junto ao Conselho Regional da respectiva categoria no Estado do Rio de Janeiro (CRF, CREFITO, CRF<sup>a</sup>, CRN, CRP, CRESS). **Os candidatos oriundos de outros Estados da Federação deverão possuir habilitação para atuar profissionalmente no Estado do Rio de Janeiro.**

4.2.1 Candidatos recém-formados e que porventura no ato da matrícula ainda não possuem a carteira de identidade da sua área profissional, na qual contém o seu número de registro definitivo, poderão apresentar para fins de

comprovação documental o protocolo de requisição da sua inscrição profissional no Conselho Regional respectivo com expressa autorização para exercício da profissão no Estado do Rio de Janeiro, informando data de validade. A apresentação desse documento deverá ser feita na matrícula conforme procedimentos descritos no item 13 deste Edital (Matrícula) e, no local e prazo estipulados no item 17 deste Edital (Calendário Geral).

**4.2.2 Caso o protocolo de requisição de inscrição profissional mencionado no subitem 4.2.1 não mencione expressa autorização para exercício da profissão no Estado do Rio de Janeiro, considerar-se-á queo mesmo não tem valor legal para fins de habilitação ao exercício da atividade profissional, de modo que esse documento servirá somente para fins de validação do ato de matrícula. Enquanto o candidato não apresentar a carteira de identidade da sua área profissional, o mesmo não poderá dar início às suas atividades práticas na Residência Multiprofissional do IFF/Fiocruz. A carga horária prática relativa ao atraso no início dessas atividades terá que ser integralmente reposta no mês em curso ou, se não for possível, nos meses imediatamente subsequentes ou ao final do programa**

**4.2.3 O candidato terá o prazo máximo de 30 (trinta) dias, contados do ato de matrícula, para apresentar a carteira de identidade da sua área profissional. Caso o candidato não apresente essa documentação no prazo supracitado, o mesmo será sumariamente desligado do programa e procedida a imediata reclassificação**

**4.2.4 Somente ocorrerá a reclassificação prevista no subitem 4.2.3 na vigência do prazo estipulado no subitem 14.5 deste Edital. Em havendo a reclassificação, a mesma obedecerá às determinações contidas nos subitens 14.2, 14.3; 14.4 e 14.5 deste Edital.**

4.3 No caso de candidato graduado no exterior, de acordo com a [Resolução CNE/CES nº 03, de 22 de junho de 2016](#), e [demais pareceres correlatos disponíveis no CONAES/MEC](#) o mesmo deve ser:

- (a) detentor de diploma de graduação na respectiva área profissional revalidado por Universidade Pública Brasileira, na forma da lei;
- (b) se candidato estrangeiro, detentor de visto de permanência no Brasil;
- (c) se candidato estrangeiro, proficiente da Língua Portuguesa comprovada por instituição oficial (CELPE-BRAS – disponível em: <http://celpebras.inep.gov.br/inscricao>);
- (d) se candidato estrangeiro, possuir registro no Conselho Regional da respectiva área profissional, conforme condições definidas no subitem 4.2 deste Edital e subitens.

4.4 Estar em dia com as obrigações eleitorais.

4.5 Estar em dia com o serviço militar, no caso de candidato do sexo masculino.

4.6 Não possuir outro tipo de vínculo ativo, seja empregatício de qualquer natureza (pública, privada ou filantrópica) ou mesmo com outra modalidade de ensino (graduação, especialização, residência, mestrado, doutorado, pós-doutorado).

4.7 Apresentar todos os documentos relacionados no item 13 deste Edital (Matrícula), pois a inscrição e aprovação no processo seletivo não garantem a efetivação da matrícula do candidato no programa de Residência Multiprofissional do IFF/Fiocruz.

4.8 Por força da Resolução CNRMS 01/2017, o candidato egresso de outro Programa de Residência, será vedado **cursar qualquer Programa de Residência do IFF cuja área de concentração (especialidade) tenha sido cursada em outro programa de Residência em Área Profissional da Saúde (modalidade uni ou multiprofissional)**. Pela mesma norma supracitada, só é permitido a um profissional egresso de Programa de Residência em Área Profissional da Saúde (modalidades uni ou multiprofissional) **cursar apenas mais um Programa de Residência cuja área de concentração seja diferente daquela concluída**.

4.9 Identificada a irregularidade prevista no item 4.8 deste Edital, será atribuída da Comissão de Residência Multiprofissional - COREMU do IFF **o desligamento do residente, a qualquer tempo**.

## 5 – INSCRIÇÕES

5.1 Procedimentos para Inscrição: no período, local e horários constantes no item 17 deste Edital (Calendário Geral), o candidato para inscrever-se deverá:

**5.1.1** Certificar-se de que preencherá até o ato de matrícula todos os requisitos exigidos no item 4 deste Edital (Requisitos para ingresso no Programa).

**5.1.2** 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 da Área Profissional do Programa de Residência Multiprofissional a qual deseja se inscrever.

**Observação:** o acesso direto à área do SIGA-LS referente ao processo seletivo do presente Edital será disponibilizado na forma de link na página inicial do Portal IFF ([www.iff.fiocruz.br](http://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>).

**5.1.3** Realizar a inscrição através do link que acessa o Formulário de Solicitação de Inscrição e optar por qual das Áreas Profissionais do Programa de Residência Multiprofissional do IFF/Fiocruz deseja concorrer. Cada candidato poderá concorrer somente a uma única área.

**5.1.4** Preencher todos os campos do Formulário de Solicitação de Inscrição, disponível no período reservado para inscrição e constante no item 17 deste Edital (Calendário Geral), imprimir, datar e assinar.

**5.1.5** Efetuar o pagamento da taxa de inscrição no valor de R\$ 230,00 (duzentos e trintareais) até o limite do prazo estabelecido no item 17 deste Edital (Calendário Geral), preferencialmente por 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 - Conta Corrente nº 04486-9. CHAVE PIX**

**(CNPJ): 68.641.059/0001-00.**

**5.1.6** Após realizar a inscrição na plataforma SIGA-LS (acesso descrito no item 5.1.2) e efetuar o pagamento da taxa de inscrição (itens 5.1.3 e 5.1.4), **preencher e enviar os documentos necessários para inscrição através do link:**  
<https://redcap.link/insc.multi>

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

**5.1.7** Documentos a serem anexados através do link citado no item 5.1.6:

- (a) **comprovante original** de pagamento da taxa de inscrição; e,
- (b) Formulário de Solicitação de Inscrição **preenchido, datado e assinado**.
- (c) comprovante do cartão de vacinação COVID19. (Decreto Municipal (RJ) Nº 49.335, de 26.08.2021).

**OBSERVAÇÃO: Esses documentos deverão ser anexados rigorosamente através do link (item 5.1.6), no horário e período descritos no item 17 deste Edital (Calendário Geral), sob pena de que a inscrição não venha a ser homologada.**

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

**5.2** Não serão aceitas inscrições em caráter condicional, como descrito no item 5.6.

**5.3** O CEOO não se responsabilizará pelas solicitações de inscrições que eventualmentenão sejam recebidas por motivo de ordem técnica dos computadores e/ou falhas de comunicação, congestionamento de linhas de comunicação ou demais fatores de ordem técnica que impossibilitem a transmissão de dados, cuja responsabilidade seja do candidato.

**5.4** O simples 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 5.1.7 deste Edital, dentro dos prazos estipulados no item17 deste Edital (Calendário Geral).

**5.5** 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.

5.6 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.

**5.7 Não serão aceitas inscrições via fax, correio eletrônico ou por qualquer outra via que não especificada neste Edital.**

5.8 A taxa de inscrição não será devolvida em hipótese alguma, nem haverá parcelamento do seu valor.

5.9 Ao candidato será atribuída total responsabilidade pelo correto preenchimento do Formulário de Solicitação de Inscrição, especialmente quanto à Área Profissional pretendida do Programa de Residência Multiprofissional.

5.10 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.

5.11 O candidato poderá pleitear isenção da taxa de inscrição.

**5.11.1** Os interessados em efetivar a solicitação deverão fazê-la, anexando os seguintes documentos:

(a) Requerimento de Isenção de Taxa de Inscrição (5), preenchido e assinado pelo requerente, disponível no SIGA-LS da Fiocruz (acesso descrito no subitem 5.1.2 deste Edital);

(b) cópia do comprovante de inscrição no Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal (Cad Único) de que trata o Decreto nº 6.135, de 26 de junho de 2007, devendo indicar o Número de Identificação Social – NIS, atribuído pelo Cad Único;

(c) Comprovante de doadores de medula óssea em entidades reconhecidas pelo Ministério da Saúde, conforme LEI Nº 13.656, DE 30 DE ABRIL DE 2018.

**5.11.2** Os documentos listados no subitem 5.11.1 devem ser anexados, no ato da inscrição, através do link de inscrição (item 5.1.6) no prazo, horário e local descritos no item 17 deste Edital (Calendário Geral).

**5.11.3** As respostas quanto ao deferimento dos pedidos de isenção serão divulgadas no prazo, horário e local descritos no item 17 deste Edital (Calendário Geral).

**5.11.4** O candidato que tiver seu pedido de isenção indeferido e não efetuar sua

inscrição conforme os procedimentos contidos nos subitens 5.1 a 5.4 deste Edital, não será considerado inscrito no processo seletivo.

5.12 O candidato inscrito com Deficiência deverá especificar sua deficiência no ato da inscrição, declarando-a ([Anexo 2](#)) e apontando se necessita de tratamento diferenciado no dia da aplicação da prova ([Anexo 3](#)).

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

**5.12.2** Os candidatos inscritos com Deficiência poderão solicitaros 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: indicado 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 1h, não cumulativo ao tempo destinado a 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

**5.12.3 O não atendimento aos requisitos constantes no item 5.12 e seus subitens resultarão na não homologação da inscrição do candidato no processo seletivo às vagas reservadas para Pessoa com Deficiência .**

5.13 A candidata em período de lactação deverá preencher e anexar, no ato da inscrição, o ([Anexo 3](#)), e no dia da prova designar um acompanhante maior de idade que ficará responsável pela guarda da criança, em sala reservada para tal fim.



## **6 – HOMOLOGAÇÃO DE INSCRIÇÃO**

6.1 As inscrições efetivadas após a confirmação do depósito bancário da taxa de inscrição e entrega dos documentos mencionados no item 5.1.6 deste Edital, serão analisadas com vistas à homologação, cuja data, horário e local constam no item 17 deste Edital (Calendário Geral).

**6.1.1** O resultado da homologação citada no item 6.1 será disponibilizado no SIGA-LS da Fiocruz (acesso descrito no subitem 5.1.2 deste Edital).

**6.2. Somente candidatos com inscrição homologada serão considerados inscritos.**

6.3 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: [selecaoresidencia.iff@fiocruz.br](mailto:selecaoresidencia.iff@fiocruz.br) na data, horário e local constantes no item 17 deste Edital (Calendário Geral).

**6.3.1** O resultado dos recursos citados no item 6.3 será disponibilizado no SIGA-LS da Fiocruz (acesso descrito no subitem 5.1.2 deste Edital).

## **7 – PROVAS DE CONHECIMENTO**

7.1 O processo seletivo constará de duas etapas, conforme descrito abaixo:

- (a) Etapa 1** – Prova Objetiva tipo Múltipla Escolha – total: 75 pontos
- (b) Etapa 2** – Análise de Currículo e Título Presencial– total: 25 pontos

7.2 A Etapa 1 (eliminatória e classificatória) consistirá em Prova Objetiva tipo Múltipla Escolha, com 15 (quinze) questões, contendo 5 (cinco) alternativas de respostas das quais apenas uma correta, valendo 75 (setenta e cinco) pontos no total.

**7.2.1** A prova constará de 5 (cinco) questões com valor de **5,0 (cinco)** pontos cada (versando sobre Políticas Públicas de Saúde, SUS e seus princípios como a Universalidade, Equidade, Integralidade, descentralização, regionalização, participação e hierarquização) e 10 (dez) questões com valor de 5,0 (cinco) pontos cada (sobre a área específica de **Terapia Ocupacional**), conforme estipulado no Anexo 1 deste Edital (Conteúdos programáticos e referências bibliográficas).

7.3 A Etapa 2 (classificatória) consistirá em:

- Análise de currículo e título presencial, com valor de 25 (vinte e cinco) pontos no total.

7.4 O resultado final será obtido pelo somatório dos pontos das duas etapas do processo seletivo.

7.5 Serão considerados aprovados na Etapa 1 - Prova Objetiva tipo Múltipla Escolha, os candidatos que obtiverem um percentual mínimo de 50% (cinquenta por cento) da média aritmética das cinco maiores notas, mesmo que sejam iguais, por cada Área Profissional do Programa de Residência Multiprofissional.

**7.6 O candidato que faltar a qualquer uma das duas etapas ou chegar atrasado será considerado desistente e eliminado da seleção.**

## **8 - REALIZAÇÃO DA ETAPA 1 (PROVA OBJETIVA)**

8.1 A Etapa 1 será realizada nas datas, horários e locais constantes no item 17 deste Edital (Calendário Geral), com duração de 3 (três) horas para todas as áreas.

8.2 As questões da prova obedecerão aos conteúdos programáticos e referências indicadas no Anexo 1 deste Edital (Conteúdos programáticos e referências bibliográficas).

8.3 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.

**8.3.1** 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.

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

**8.3.3** 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 expedidas pelo órgão fiscalizador do exercício profissional (Conselhos Federais);
- (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).

8.4 O candidato não poderá alegar desconhecimento do local de realização das provas como justificativa para a sua ausência, vez que será devidamente divulgado

no site oficial do Processo Seletivo ([www.sigals.fiocruz.br](http://www.sigals.fiocruz.br)). O não comparecimento às provas, caracterizará desistência do candidato.

8.5 Ao candidato só será permitida a realização das provas em data, local e horário constantes no item 17 deste Edital (Calendário Geral) não havendo, portanto, segunda chamada.

8.6 Só será admitido ingresso de candidato ao local de realização das provas até uma hora antes do horário fixado para seu início (constante no item 17 deste Edital (Calendário Geral)). Os portões do local de prova serão fechados impreterivelmente 01 (uma) hora antes do horário determinado para a realização da Etapa 1.

8.7 Os candidatos serão identificados através do respectivo documento original de identidade conforme definido nos subitens 8.3, 8.3.1, 8.3.2 e 8.3.3 deste Edital.

8.8 Celulares e outros equipamentos que permitam transmissão de informações, conforme definido no subitem 8.15 deste Edital, terão que 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.

8.9 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.

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

8.11 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 8.17 deste Edital;

(b) o cartão resposta, após o limite mínimo de tempo estabelecido no subitem 8.18 deste Edital.

**Observação:** O candidato que não devolver os documentos nos termos do presente

subitem será liminarmente eliminado do processo seletivo.

8.12 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 o máximo de 1 hora) ou nutrízes em aleitamento exclusivo (30 minutos).

8.13 Será atribuída nota zero à questão que, no cartão resposta:

- (a) não apresentar uma opção claramente assinalada (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.

8.14 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 assemelhados.

8.15 Não será permitida a utilização de quaisquer aparelhos eletrônicos, tais como *walkman*, *ipod*, gravador, *pager*, *palm top*, telefone celular, *tablets*, óculos/relógios inteligentes (tipo *Google Glass* e *Apple Watch*) ou outros receptores que possibilitem comunicações a distância, sob pena de desclassificação.

8.16 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.

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

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

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 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.

8.21 A candidata que tiver necessidade de amamentar durante a realização das provas deverá levar um acompanhante maior de idade, que permanecerá em sala reservada para essa finalidade e será responsável pela guarda da criança.

**8.21.1** A candidata em período de lactação deverá imprimir, preencher, datar e assinar o Anexo 3 e anexar junto com os demais documentos de inscrição descritos no item 5 deste Edital (Inscrições), até o prazo final de inscrições descrito item 17 deste Edital (Calendário Geral).

**8.21.2** A candidata que não levar acompanhante ou 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 a prova.

**8.21.3** Haverá compensação de 30 min despendido na amamentação ao tempo de duração da prova caso seja necessário e solicitado pela candidata nutriz.

8.22 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 17 deste Edital (Calendário Geral).

8.23 Não serão concedidas condições especiais para a realização da prova ao candidato que não as solicitar no prazo mencionado.

8.24 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.

8.25 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 obrigatório.

8.26 Também será permitido uso de álcool gel individual pelos candidatos e, também, será disponibilizado para aqueles que desejarem fazer uso.

8.27 Todos os funcionários que trabalharão no processo seletivo deverão comparecer ao local da prova com o uso obrigatório de máscara facial descartável ou de pano, permanecendo com ela em todo o tempo e obedecendo as regras de ouro de segurança da pandemia de COVID-19.

## **9 – DIVULGAÇÃO DO GABARITO E RECURSOS ETAPA 1 (PROVA OBJETIVA)**

9.1 O gabarito da prova objetiva tipo múltipla escolha será divulgado em data, local e horário constantes no item 17 deste Edital (Calendário Geral).

**9.1.1** O gabarito preliminar citado no item 9.1 será disponibilizado no SIGA-LS da Fiocruz (acesso descrito no subitem 5.1.2 deste Edital).

9.2 Serão admitidos recursos ao gabarito da prova objetiva tipo múltipla escolha em data, local e horário constantes no item 17 deste Edital (Calendário Geral) e o candidato deverá obedecer aos seguintes procedimentos:

**9.2.1** Acessar o SIGA-LS da Fiocruz (acesso descrito no subitem 5.1.2 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, por questão, constando a indicação precisa daquilo em que o candidato se julgar prejudicado.

9.2.2.2 O recurso deverá ser devidamente fundamentado nas bibliografias referências constantes do Anexo 1 deste Edital (Conteúdos programáticos e 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 9) para cada questão que se deseja impetrar recurso.

**9.2.3** Efetuar o pagamento de 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 – 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.link/recprova.multi>

(a) o Formulário de Solicitação de Recurso (Anexo 9);



- (b) a cópia das páginas das referências bibliográficas; e,
- (c) o comprovante original do pagamento da taxa de recursos

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

9.2 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.

9.3 Será indeferido liminarmente o recurso que:

- (a) não estiver fundamentado de acordo com as referências constantes do Anexo 1 deste Edital (Conteúdos programáticos e referências bibliográficas); e/ou,
- (b) for apresentado fora do prazo e local constantes no item 17 deste Edital (Calendário Geral); e/ou,
- (c) não tenha o comprovante de pagamento da respectiva taxa de recursos.

9.4 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.

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

9.6 Os resultados dos recursos e o gabarito final serão disponibilizados na plataforma SIGA-LS da Fiocruz (acesso descrito no subitem 5.1.2 deste Edital).

9.7 Não serão devolvidos os valores das taxas de recurso pagos pelos candidatos, mesmo se deferidos pela Comissão Avaliadora.

**9.8 Os resultados dos recursos não serão divulgados por telefone.**

**9.9 A data prevista para realização da prova poderá ser alterada mediante aviso publicado no SIGA-LS da Fiocruz (acesso descrito no subitem 5.1.2 deste Edital), até 48h antes da data prevista.**

## **10 – RESULTADO DA ETAPA 1 (PROVA OBJETIVA)**

10.1 O resultado da Etapa 1 (Prova Objetiva) será realizado mediante divulgação de listagem nominal dos candidatos, relacionados por ordem decrescente de nota, divididos de acordo com cada área profissional do Programa de Residência Multiprofissional para a qual se inscreveram, na data, local e horário constantes no item 17 deste Edital (Calendário Geral).

10.1.1 O resultado da Etapa 1 citado no item 10.1 será disponibilizado no SIGA-LS da Fiocruz (acesso descrito no subitem 5.1.2 deste Edital).

**10.2 Os resultados dessa etapa não serão divulgados por telefone.**

## 11 – REALIZAÇÃO DA ETAPA 2 (ANÁLISE DE TÍTULO PRESENCIAL)

11.1 Esta prova será de caráter classificatório e valerá no máximo 25 (vinte e cinco) pontos, estando prevista para ser realizada na data, local e horário constantes no item 17 deste Edital (Calendário Geral).

11.1.1 A confirmação das datas, horários e locais para os candidatos inscritos em cada uma das Áreas Profissionais do Programa de Residência Multiprofissional será disponibilizada no SIGA-LS da Fiocruz (acesso descrito no subitem 5.1.2 deste Edital).

11.1.2 Ficará à critério da Comissão Organizadora do processo seletivo a distribuição dos candidatos nos dias, horários e locais especificados para esta etapa.

11.2 Para esta Etapa, serão convocados os candidatos em número correspondente a 3 (três) vezes o número de vagas disponíveis para cada uma das Áreas Profissionais do Programa de Residência Multiprofissional, obedecendo a ordem decrescente dos pontos obtidos na Etapa 1 (Prova Objetiva). Os candidatos que empatarem na última pontuação também serão convocados a participar desta etapa.

11.3 A convocação para participar dessa etapa da seleção será divulgada em lista nominal dos candidatos inscritos agrupados por cada uma das Áreas Profissionais do Programa de Residência Multiprofissional.

**11.4 O candidato que não comparecer a essa etapa ou chegar após o horário determinado para seu início, será considerado desistente e, portanto, eliminado do processo seletivo.**

11.5 Todos os candidatos convocados deverão preencher previamente o Anexo 6 deste Edital (Formulário para Análise de Títulos – Etapa 2) e apresentá-lo no local, data e horário marcados em conjunto com os documentos comprobatórios (originais).

11.5.1 No momento da entrevista para análise de currículo e título presencial os documentos comprobatórios originais deverão ser apresentados.

11.6 A análise do currículo e título presencial e sua comprovação documental consistem em partes integrantes e obrigatórias do processo de seleção e, a não apresentação da documentação exigida, implica em sumária eliminação do candidato.

11.7 A análise do currículo e título, de caráter classificatório, destina-se a avaliar a experiência do candidato, sua produção acadêmica e científica, bem como a participação

em cursos e eventos (Simpósios, Seminários, Congressos e similares) dentre outros.

11.8 O candidato é responsável pelas informações prestadas e documentos anexados ao formulário para avaliação, arcando com as consequências de eventuais equívocos ou inobservâncias das normas deste Edital.

11.9 O formulário deverá ser assinado, obrigatoriamente, pelo candidato e pela Comissão Avaliadora ao final dessa Etapa, sob pena de eliminação.

11.10 Atividades declaradas no formulário sem a devida comprovação, ilegíveis e com comprovação de validade ou adequação duvidosas não serão pontuadas.

11.11 As avaliações serão realizadas individualmente, sendo considerados os documentos comprobatórios do *Curriculum vitae*.

11.12 Cada candidato terá individualmente ciência da sua nota na Etapa 2 (Análise de Currículo e Título Presencial) quando da finalização da avaliação curricular.

11.12.1 Na avaliação curricular o candidato terá a oportunidade para justificar perante a Comissão Avaliadora quanto a pertinência do enquadramento de cada documento apresentado no rol de quesitos de avaliação descritos no (Anexo 6) deste Edital (Formulário para marcação de pontos – Etapa 2) e respectiva pontuação pretendida.

11.12.2 Caberá à Banca Avaliadora avaliar, julgar e decidir pela pertinência ou não dos documentos apresentados, tomando por base os seguintes critérios:

- (a) legibilidade ou ilegibilidade;
- (b) originalidade ou falsificação;
- (c) adequação ou não do que está declarado em cada documento para fins de enquadramento no rol de quesitos de avaliação;
- (d) quantidade máxima de documentos a anexar em cada quesito de avaliação;
- (e) demais critérios considerados pertinentes pela Banca Avaliadora serão aplicados indistintamente a todos os candidatos inscritos, e devidamente pactuados no momento da realização da Etapa 2 (Análise de Currículo e Título Presencial).

11.12.3 Ao final da avaliação curricular, a Banca Avaliadora fará o somatório de pontos obtidos pelo candidato apresentando ao mesmo a nota final alcançada nessa Etapa.

11.12.4 Cada candidato declarará em termo próprio, que as informações prestadas no formulário para marcação de pontos referentes à análise de currículo e título são verdadeiras, bem como está ciente e de acordo com a nota exarada pela Banca Avaliadora. Declarará ainda estar ciente de que a prática de falsidade ideológica em prova documental acarretará a anulação de todos os atos administrativos praticados pelo IFF/Fiocruz relativos a ele nesse Processo Seletivo, e, sem prejuízo das ações penais cabíveis, o candidato:

(a) será liminarmente excluído do concurso;

(b) terá sua matrícula cancelada, caso esta já tenha sido efetivada;

(c) será desligado do Programa de Residência Multiprofissional ao qual estiver vinculado, caso este já tenha se iniciado.

11.13 Tendo em vista que cada candidato manifestará acordo em relação à nota obtida, não caberá, portanto, recurso à essa Etapa.

11.14 As notas obtidas na Etapa 2 (Análise de Currículo Presencial) por todos os candidatos serão divulgadas na data, local e horário constantes no item 17 deste Edital (Calendário Geral).

11.14.1 O resultado da Etapa 2 será disponibilizado no SIGA-LS da Fiocruz (acesso descrito no subitem 5.1.2 deste Edital).

11.15 Os resultados dessa etapa não serão divulgados por telefone.

## 12 – RESULTADO FINAL

12.1 O resultado final do candidato corresponderá ao somatório dos pontos obtidos em cada uma das duas etapas.

12.2 Será divulgada lista nominal dos candidatos, relacionados por ordem decrescente da nota final, divididos de acordo com cada uma das Áreas Profissionais do Programa de Residência Multiprofissional para o qual se inscreveram, na data, local e horário constantes no item 17 deste Edital (Calendário Geral).

12.2.1 O resultado final será disponibilizado no SIGA-LS da Fiocruz (acesso descrito no subitem 5.1.2 deste Edital).

12.3 Serão selecionados para cursar o Programa de Residência Multiprofissional do IFF/Fiocruz os candidatos melhor classificado no cada Programa, considerada a vaga constantes no item 3 deste Edital (Quadro Geral do Programa) para as vagas de ampla concorrência.

12.3.1 Os candidatos com a menção “CLASSIFICADO” estão aptos a ingressar a Área Profissional do Programa de Residência Multiprofissional a qual se inscreveram, considerando o respectivo quantitativo de vagas disponíveis, e, deverão realizar a matrícula na forma das determinações contidas no item 13 deste Edital (Matrícula). \_\_\_\_\_

12.3.2 Os candidatos com a menção “APROVADO” cumpriram os requisitos mínimos para aprovação descritos no item 7 deste Edital (Provas de conhecimento) do Processo Seletivo da Área Profissional do Programa de Residência Multiprofissional a qual se inscreveram. Por não estarem contemplados como quantitativo de vagas disponíveis na respectiva área, aguardam eventuais desistências de candidatos classificados para subsequente e classificação, conforme os critérios definidos no item 14 deste Edital (Reclassificação).

12.3.3 Os candidatos com a menção “APROVADO NA ETAPA 1” cumpriram os requisitos mínimos para aprovação na Etapa 1 descritos no item 7 deste Edital (Provas de conhecimento) do Processo Seletivo da Área Profissional do Programa de Residência Multiprofissional na qual se inscreveram. Não foram convocados para a Etapa 2 por estarem fora do critério descrito no subitem 11.2 deste Edital e aguardam eventual esgotamento da lista de aprovados para que possam continuar o processo seletivo e serem submetidos a eventual

reclassificação, conforme os critérios definidos no item 14 deste Edital (Reclassificação)..

12.3.4 Os candidatos com a menção “REPROVADO” não cumpriram os requisitos mínimos para aprovação na Etapa 1, resultando em sumária eliminação, não fazendo jus, portanto, a prosseguir nas demais etapas do presente Processo Seletivo.

12.3.5 Os candidatos com a menção “DESISTENTE” faltaram ou chegaram atrasados em alguma das etapas ou mesmo desobedeceram a alguma das determinações contidas nesse Edital, resultando em sumária eliminação, não fazendo jus, portanto, a prosseguir nas demais etapas do presente Processo Seletivo.

12.4 Se houver empate no resultado final, serão considerados para fins de desempate os seguintes critérios, na ordem descrita a seguir:

- (a) maior número de pontos na Etapa 1 (Prova Objetiva tipo múltipla escolha);
- (b) maior número de pontos na Etapa 2 (Análise do Título Presencial);
- (c) ser mais idoso, considerando-se dia, mês, ano e horário de nascimento.

**12.5 O resultado final não será divulgado por telefone.**

## 13 MATRÍCULA

13.1 Os candidatos classificados, conforme o número de vagas, deverão matricular-se na data e horário constantes no item 17 deste Edital (Calendário Geral).

**13.2 O candidato deverá fazer obrigatoriamente no ato da matrícula o *upload* dos documentos a seguir junto aos formulários completamente preenchidos e assinados que constam a partir dos Anexos 7 através do 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 frente e verso digitalizada em arquivo no formato PDF e resolução de 300 dpi preto e branco (ou escala decinza), 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 poderão imprimi-la diretamente no *site* da Receita Federal do Brasil do Ministério da Fazenda (<https://www.receita.fazenda.gov.br/Aplicacoes/SSL/ATCTA/cpf/ImpressaoComprovante/ConsultaImpressao.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, separado judicialmente ou divorciado, 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) Cópia da Carteira de Identidade Profissional do Conselho Regional da respectiva Área Profissional do Rio de Janeiro digitalizada frente e verso em arquivo no formato PDF e resolução de 300 dpi preto e branco (ou escala de cinza), nomeado da seguinte forma:**

DocH\_Nome\_Sobrenome\_CONSELHO-RJ.pdf

(exemplo: DocH\_Joao\_Silva\_CONSELHO-RJ.pdf);

**(i) 1 (uma) cópia (frente e verso) do Diploma do curso de Graduação na respectiva Área Profissional 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 Histórico Escolar do curso de Graduação na respectiva Área Profissional **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\_HISTORICO\_GRADUACAO.pdf

(exemplo: DocJ\_Joao\_Silva\_HISTORICO\_GRADUACAO.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)** Certidão negativa de outros vínculos empregatícios, emitida através de busca por CPF do candidato no campo “Consulta Profissional”, disponível no *site* do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES (<http://cnes.datasus.gov.br/>), 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:**

DocL\_Nome\_Sobrenome\_CNES.pdf

(exemplo: DocL\_Joao\_Silva\_CNES.pdf);

**(m)** Informação de conta corrente e conta salário com titularidade exclusiva do candidato. **Para o processamento dos pagamentos de bolsa, a conta corrente deverá ser, necessariamente, em uma das instituições bancárias credenciadas pelo Ministério da Saúde (Bradesco, Itaú ou Santander).** Essa informação será aceita somente mediante documento emitido pela gerência da instituição financeira na qual o candidato possui conta, ou, por cópia legível do cartão do banco onde conste, o nome do banco, do candidato e os dados bancários, devendo ser digitalizado em arquivo no

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

(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, conforme normas estabelecidas no Anexo 7 deste Edital (Vacinas a serem comprovadas e esquema vacinal adequado) 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** (exemplo: **DocO\_Joao\_Silva\_CADERNETA\_VACINACAO.pdf**);

(p) **1 (uma) cópia** da apólice e comprovante de pagamento de seguro contra acidentes pessoais **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) Declaração de compatibilidade para cursar o segundo Programa de Residência em Área Profissional da Saúde, apenas para candidatos egressos de outro Programa de Residência (modalidades uni ou multiprofissional), disponível no Anexo 12 **digitalizada em arquivo no formato PDF e resolução de 300 dpi preto e branco (ou escala de cinza), nomeado da seguinte forma:**

DocQ\_Nome\_Sobrenome\_DECLARACAO\_COMPATIBILIDADE.pdf

(exemplo: DocQ\_Joao\_Silva\_DECLARACAO\_COMPATIBILIDADE.pdf);

(r) **1 (uma) cópia** do certificado ou declaração de conclusão e histórico escolar do Programa de Residência em Área Profissional da Saúde cursado

anteriormente, apenas para candidatos egressos de outro Programa de Residência (modalidades uni ou multiprofissional) **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\_CERTIFICADO\_HISTORICO\_RESIDENCIA.pdf

(exemplo: DocR\_Joao\_Silva\_CERTIFICADO\_HISTORICO\_RESIDENCIA.pdf);

(s) Declaração negativa (disponível no [Anexo 12](#)) quanto a ter cursado outro Programa de Residência em Área Profissional da Saúde (modalidades uni ou multiprofissional), apenas para candidatos que estão cursando pela primeira vez um 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:**

DocS\_Nome\_Sobrenome\_DECLARACAO\_NEGATIVA\_RESIDENCIA.pdf

(exemplo: DocS\_Joao\_Silva\_DECLARACAO\_NEGATIVA\_RESIDENCIA.pdf);

(t) Declaração de veracidade conforme a [Lei Federal nº 13.726 de 08 de outubro 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:**

DocT\_Nome\_Sobrenome\_DECLARACAO\_RESPONSABILIDADE.pdf

(exemplo: DocT\_Joao\_Silva\_DECLARACAO\_RESPONSABILIDADE.pdf);

(u) Termo de consentimento para tratamento de dados conforme a [Lei Federal nº 13.709, de 14 de agosto de 2018](#) (disponível no [Anexo 11](#)) **digitalizada em arquivo no formato PDF e resolução de 300 dpi preto e branco (ou escala de cinza), nomeado da seguinte forma:**

DocU\_Nome\_Sobrenome\_TERMO\_CONSENTIMENTO.pdf

(exemplo: DocU\_Joao\_Silva\_TERMO\_CONSENTIMENTO.pdf);

13.2.1 Em relação ao documento descrito no subitem “h” (Carteira de Identidade Profissional do Conselho Regional da respectiva Área Profissional), a apresentação do mesmo deverá obedecer aos critérios e normas dispostos nos subitens 4.2; 4.2.1; 4.2.2; 4.2.3 e 4.2.4 deste Edital.

13.2.2 Em relação ao documento descrito no subitem “i” (Diploma do curso de Graduação na respectiva Área Profissional), a apresentação do mesmo deverá obedecer ao disposto nos subitens 4.1; 4.1.1 e 4.1.2 deste Edital.

13.2.3 Em relação ao documento descrito no subitem “l” (Certidão negativa de outros vínculos empregatícios), caso haja menção de algum vínculo ativo do candidato em instituição de saúde cadastrada no CNES, o mesmo inviabilizará o cumprimento do requisito constante no subitem 4.6 deste Edital e a conseqüentemente efetivação da matrícula. Nesse caso, para regularizar a sua situação cadastral junto ao CNES o candidato deverá:

(a) proceder o seu imediato desligamento junto à instituição mencionada, com subseqüente atualização do seu cadastro no CNES, especificamente na informação contida no item “DESLIGAMENTO” que deverá constar “SIM”; ou,

(b) solicitar junto a instituição mencionada a imediata atualização do seu cadastrono CNES, especificamente no que diz respeito à informação contida no item “DESLIGAMENTO” que deverá constar “SIM”, caso a menção de vínculo ativo do candidato na instituição de saúde cadastrada no CNES esteja incorreta; e,

(c) apresentar a certidão negativa de outros vínculos empregatícios ativos no CNES devidamente atualizada no prazo máximo de 30 (trinta) dias, contados do ato de matrícula. Caso o candidato não apresente essa documentação no prazo supracitado, o mesmo será sumariamente desligado do programa e procedida a imediata reclassificação.

13.2.4 Em relação ao documento descrito no subitem “n” (comprovante de residência), se o candidato não tiver nenhum dos documentos relacionados em seu nome será possível realizar a declaração de residência por meio de impresso próprio que encontra-se disponível na página do Ensino no Portal IFF (página “Documentos e Formulários”; subitem “Pós-Graduação *Lato sensu*”) através do endereço: [http://ensino.iff.fiocruz.br/DOCS/Declaracao\\_Residencia\\_Atual.pdf](http://ensino.iff.fiocruz.br/DOCS/Declaracao_Residencia_Atual.pdf). A declaração de residência deverá ser **previamente impressa, preenchida, datada e assinada pelo candidato**.

**13.2.5** Em relação ao documento descrito no subitem “o” (Caderneta de Vacinação do Adulto), caso o candidato não esteja com seu calendário vacinal em dia no ato de matrícula, poderá apresentar **a quitação das vacinas**

**pendentes até o primeiro dia do início do programa.**

**13.3** Todos os documentos descritos no item 13.2 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.

13.3.1. 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.

13.3.2 O acesso a este formulário expirará às 23h59 do prazo constante no item 17 deste Edital (Calendário Geral), após o que não será permitida quaisquer alterações.

13.3.3 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* ( \_ ).

13.3.4 Será de responsabilidade de cada candidato a verificação do recebimento na sua caixa de correio do e-mail com *link* do formulário, inclusive quanto à possibilidade do mesmo ter sido encaminhado equivocadamente para a caixa de *spam* do seu correio eletrônico.

13.3.5 O candidato deverá ler, preencher e assinar o termo constante do Anexo 10 deste Edital no qual o mesmo declarará, sob as penas previstas na Lei Federal nº 13.726 de 08 de outubro de 2018, que as informações e os documentos apresentados listados no item 13.2 do edital do concurso 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.

13.3.6 Em cumprimento Lei Federal nº 13.709 de 14 de agosto de 2018, o candidato deverá ler, preencher e assinar o termo constante do Anexo 11 deste Edital no qual o mesmo atestará consentimento para tratamento dos seus dados pessoais documentos apresentados listados no item 13.2 do edital do concurso e requeridos para fins de sua matrícula no Programa de Residência.

13.3.7 Eventuais problemas de conexão de internet e dos sistemas eletrônicos envolvidos no processo de matrícula não serão de

responsabilidade do IFF/Fiocruz.

13.3.8 Os candidatos diplomados no exterior deverão cumprir os critérios e normas dispostos no subitem 4.3 deste Edital.

**13.4** O candidato que deixar de entregar todos os documentos relacionados no subitem **13.2 no prazo devido poderá ser considerado desistente, perdendo o direito à vaga e proceder-se-á a reclassificação.**

**13.5** Em casos excepcionais a matrícula poderá ser realizada por um representante através de procuração por instrumento público ou particular especificamente destinada a essa finalidade, com firma reconhecida, acompanhada de cópia autenticada do documento de identidade do representante, bem como da documentação citada no subitem 13.2. A referida procuração ficará retida para fins de comprovação na pasta de documentos do candidato localizada na Secretaria Acadêmica da Coordenação da Área de Educação do IFF/Fiocruz.

**13.6** Será efetivada a matrícula dos candidatos que assinarem o termo de compromisso próprio, emitido nesse ato, no qual se comprometem a:

(a) aceitar e estar disponível para a realização das atividades relacionadas ao Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Criança e do Adolescente cronicamente adoecidos do IFF/Fiocruz decorrentes da formação em serviço, em regime de tempo integral, com 60 horas semanais, 1 (uma) folga semanal, sob dedicação exclusiva, totalizando 5.760 horas.

(b) se submeter às normas do Regimento Interno da COREMU do IFF/Fiocruz (disponível para consulta na opção “Documentos e Formulários” na página do Ensino do Portal IFF em: [https://www.iff.fiocruz.br/educacao/pdf/RegimentoCOREMU2017\\_06\\_12\\_final.pdf](https://www.iff.fiocruz.br/educacao/pdf/RegimentoCOREMU2017_06_12_final.pdf));

(c) se submeter às normas do Regimento Interno de Pós-Graduação *Lato Sensu* do IFF/Fiocruz (disponível para consulta na opção “Documentos e Formulários” na página do Ensino do Portal IFF em: [https://www.iff.fiocruz.br/educacao/pdf/Regulamento\\_PGLS\\_finalpublicado.pdf](https://www.iff.fiocruz.br/educacao/pdf/Regulamento_PGLS_finalpublicado.pdf));

(d) se submeter aos dispositivos regulamentares do MEC e MS expedidos

através da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional de Saúde -  
CNRMS (disponível em:  
[http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com\\_content&view=article&id=12500%3Alegislacao-especifica&catid=247%3Aresidencia-medica&Itemid=813](http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=12500%3Alegislacao-especifica&catid=247%3Aresidencia-medica&Itemid=813)).

**13.7** Os candidatos devidamente matriculados participarão obrigatoriamente das atividades previstas para Semana de Integração, na data, local e horário constantes no item 17 deste Edital (Calendário Geral).

**13.8** Os candidatos do sexo masculino selecionados no Processo Seletivo e que tiverem sido convocados para a prestação de serviço militar obrigatório, poderão solicitar trancamento no ato da matrícula, que deverá ser destrancada no prazo máximo de **até 1 ano ou até durar o curso de formação para prestação do serviço militar obrigatório**.

13.8.1 O benefício de garantia de bloqueio de vagas para a prestação de Serviço Militar Obrigatório que trata o subitem 13.7 **somente será concedido aos candidatos que ainda não iniciaram suas atividades nas Forças Armadas no ato de sua matrícula**.

**13.9** O candidato deverá no ato da matrícula declarar que não está vinculado a nenhuma outra modalidade de bolsa relacionada a programas ou projetos (por exemplo, bolsa PET-SAÚDE). Se tal vinculação não for desfeita, a mesma poderá inviabilizar o cadastro desse residente nos sistemas de gerenciamento de bolsas de residência da Fiocruz ou do Ministério da Saúde, acarretando atrasos no pagamento da bolsa. Nesses casos, o IFF estará isento de responsabilidade nos eventuais atrasos de pagamento das bolsas.

**13.10** Apesar dos procedimentos de matrícula a serem efetivados pela Secretaria Acadêmica do IFF, a implantação dos residentes matriculados nas folhas de pagamento das bolsas depende de processamento interno dos setores responsáveis, quer seja na Fiocruz, quer seja no Ministério da Saúde. Eventuais atrasos na implantação de bolsistas de residência nas respectivas folhas de pagamento, não são de responsabilidade do IFF.



## 14 – RECLASSIFICAÇÃO

14.1 A reclassificação dos candidatos ocorrerá em todas as circunstâncias em que o número de vagas destinadas a cada programa não seja preenchido.

14.2 As vagas resultantes de desistências de candidatos com a menção “CLASSIFICADO” serão ocupadas na ordem imediata de reclassificação pelos candidatos com a menção “APROVADO” e que concorreram para a mesma Área Profissional do Programa de Residência Multiprofissional.

14.2.1 Caso a lista de candidatos com a menção “APROVADO” se esgote, a Comissão Avaliadora convocará para realizar a Etapa 2, se houver candidatos disponíveis, os que possuem a menção “APROVADO NA ETAPA 1” conforme os critérios de convocação descritos no subitem 11.2 deste Edital.

14.2.2 Esses candidatos serão submetidos à análise de currículo e título presencial, conforme as determinações contidas no item 11 deste Edital (Realização da Etapa 2), e após o somatório de pontos será divulgada listagem nominal conforme o subitem 12.2 deste Edital recebendo, conforme o caso, a menção “APROVADO”.

14.2.3 A reclassificação ocorrerá conforme os subitens 14.1 e 14.2 tantas vezes for necessário até que se esgote o quantitativo de vagas disponíveis ou se esgote os candidatos com a menção “APROVADO NA ETAPA 1”, o que acontecer primeiro.

14.3 A convocação para a reclassificação, em quaisquer das circunstâncias previstas neste Edital, ocorrerá por correio eletrônico (e-mail) conforme informações prestadas pelo candidato no momento da inscrição no presente Processo Seletivo.

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

**14.5 A Coordenação de Educação do IFF/Fiocruz convocará tantos candidatos com a menção “APROVADO” quantos forem necessários para o preenchimento das vagas remanescentes até 30 (trinta) dias após o início do Programa de Residência Multiprofissional.**

## 15 – DESISTÊNCIA

15.1 Em caso de desistência do programa, o candidato deverá preencher e assinar o Termo de Desistência à Coordenação de Educação do IFF/Fiocruz solicitando o cancelamento da sua matrícula e mencionando o respectivo motivo.

15.1.1 O Termo de Desistência citado no item 15.1 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:

[https://www.iff.fiocruz.br/educacao/pdf/Termo\\_de\\_Desistencia\\_Atualizado.pdf](https://www.iff.fiocruz.br/educacao/pdf/Termo_de_Desistencia_Atualizado.pdf)

15.2 A manifestação de desistência que trata o subitem 15.1 também poderá ser encaminhada pelo candidato por meio eletrônico (e-mail), a fim de agilizar o processo de reclassificação.

## **16 DISPOSIÇÕES GERAIS**

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

16.2 O candidato selecionado deverá atender aos requisitos dispostos no item 3 deste Edital (Requisitos para ingresso no programa), como também ser responsável por manter seu endereço atualizado junto ao Instituto FernandesFigueira/Área de Educação

**16.3 O candidato que não se apresentar na data da matrícula será considerado desistente, perdendo o direito à vaga.**

16.4 Será eliminado do Processo Seletivo, em quaisquer de suas fases, o candidato que:

- (a) agir com desrespeito a qualquer membro da equipe do Processo Seletivo;
- (b) durante a aplicação das provas, for surpreendido em comunicação, de qualquer natureza, com outro candidato;
- (c) ausentar-se do recinto de prova, sem o acompanhamento de um fiscal, antes de tê-la concluído;
- (d) não devolver o cartão-resposta da Prova Objetiva tipo múltipla escolha;
- (e) não atender às determinações estabelecidas neste Edital.

16.5 O candidato que não comparecer na data de início do Programa de Residência Multiprofissional ao qual foi matriculado terá 48 (quarenta e oito) horas para se justificar, por escrito, quanto a sua ausência, sob pena de ser desligado do seu programa.

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

**16.7 A Coordenação da Área de Educação do IFF/Fiocruz fará divulgar, sempre que necessário, normas complementares ao presente Edital por meio de avisos**

**oficiais disponibilizados na plataforma SIGA-LS (acesso descrito no item 5.1.2).**

16.8 Os casos omissos serão resolvidos pela Coordenação da Área de Educação do IFF/Fiocruz, ouvida a Coordenação da COREMU e a Comissão Organizadora do Processo Seletivo de Residências em Saúde do IFF/Fiocruz.

16.9 Responsáveis pelo Processo Seletivo de acesso aos Programa de Residência Multiprofissional do IFF/Fiocruz:

(a) Gestão Acadêmica dos Programas de Residência: Avenida Rui Barbosa 716, 4º andar - Flamengo, Rio de Janeiro/RJ. CEP 22.250-020. Telefones: (21) 2554-1832 / 1833. e-mail: [residencia.iff@fiocruz.br](mailto:residencia.iff@fiocruz.br)

(b) Centro de Estudos Olinto de Oliveira (organizadora do processo seletivo): Avenida Rui Barbosa 716, térreo - Flamengo, Rio de Janeiro/RJ. CEP 22.250-020. Telefone: (21) 2554-1714. e-mail: [selecaoresidencia.iff@fiocruz.br](mailto:selecaoresidencia.iff@fiocruz.br)

16.10 No caso de emprego de fraude pelo candidato beneficiado pela redução e isenção da taxa de inscrição, serão adotados os procedimentos indicados no art.4º, da Lei 12.782, de 21/12/2007 e se confirmada a presença de ilícito, fica o candidato imediatamente excluído do **processo** seletivo, notificando-se o Ministério Público.

16.11 A declaração documental falsa sujeitará o candidato às sanções previstas em lei, aplicando-se, ainda, o disposto no parágrafo único do art. 10 do [Decreto nº 83.936/1979](#).

16.12 Ao presente Edital também se aplicam as normas legais e regulamentos vigentes porventura não citados no texto (resoluções da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde - CNRMS; portarias interministeriais dos Ministérios da Saúde e da Educação), que se relacione ao objeto do presente processo seletivo.

**17 – CALENDÁRIO GERAL**

<b>ETAPAS</b>	<b>DATAS</b>	<b>HORÁRIOS</b>	<b>LOCAIS</b>
Inscrições	05/02/2024 a 20/02/2024	Até às 23h59	SIGA-LS da Fiocruz <sup>1</sup>
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 <sup>2</sup>
Solicitação de isenção de taxa de inscrição	05/02/2024 a 09/02/2024	Até às 23h59	Formulário de inscrição <sup>3</sup>
Divulgação da relação dos candidatos isentos da taxa de inscrição	15/02/2024	Até às 16h	SIGA-LS da Fiocruz <sup>1</sup>
Recursos para inscrições não homologadas dos isentos da taxa de inscrição	16/02/2024	Até às 23h59	Email <sup>4</sup>
Resultado do julgamento dos recursos das inscrições não homologadas dos isentos da taxa de inscrição	19/02/2024	16h	SIGA-LS da Fiocruz <sup>1</sup>
Solicitação de condições especiais para realizar a prova	Até 20/02/2024	Até às 23h59	Formulário de inscrição <sup>2</sup>
Homologação das inscrições	26/02/2024	A partir das 16h	SIGA-LS da Fiocruz <sup>1</sup>
Recursos para inscrições não homologadas	27/02/2024	Até às 12h	Email <sup>4</sup>
Resultado do julgamento dos recursos das inscrições não homologadas	29/02/2024	A partir das 16h	SIGA-LS da Fiocruz <sup>1</sup>
Etapa 1 – Prova Objetiva tipo múltipla escolha	<b>05/03/2024</b>	9h30	CEO <sup>5</sup>
Encerramento do acesso de candidatos ao local da Etapa 1	<b>05/03/2024</b>	8h30	CEO <sup>5</sup>
Divulgação do gabarito preliminar	05/03/2024	Até às 16h	SIGA-LS da Fiocruz <sup>1</sup>

Interposição de recursos às questões da prova objetiva	06/03/2024	9h às 23h59	Formulário de recurso RedCap <sup>6</sup>
Julgamento dos recursos interpostos às questões da prova objetiva	07/03/2024	-	Banca Avaliadora
Resultado do julgamento dos recursos interpostos às questões da prova objetiva - Gabarito final	07/03/2024	Até às 16h	SIGA-LS da Fiocruz <sup>1</sup>
Resultado da Prova Objetiva (Etapa 1)	08/03/2024	Até às 16h	SIGA-LS da Fiocruz <sup>1</sup>
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 <sup>1</sup>
Etapa 2 – Análise de Currículo Presencial	11/03/2024	8h às 16h	CEO <sup>5</sup>
Resultado da Análise de Currículo e Título Presencial e Resultado Final	11/03/2024	Após às 16h	SIGA-LS da Fiocruz <sup>1</sup>
Ato da Matrícula	<b>12/03/2024</b>	Até às 23h59	Formulário de matrícula
Resultado preliminar e recurso aos pedidos de matrícula pendentes	11/03/2024	10h às 23h59	E-mail <sup>7</sup>
Resultado final da matrícula	<b>15/03/2024</b>	16h	SIGA-LS <sup>1</sup>
Início dos programas de Residência Multiprofissional	<b>16/03/2024</b>	8h	IFF <sup>8</sup>

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.link/insc.multi>

3 Solicitação de isenção de taxa de inscrição: <https://redcap.link/insc.multi>

4 Recursos para inscrições não homologadas dos isentos e inscrições não homologadas: email [selecaoresidencia.iff@fiocruz.br](mailto:selecaoresidencia.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.link/recprova.multi>

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

# ANEXO 1- CONTEÚDOS PROGRAMÁTICOS E REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

## PROCESSO SELETIVO DA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL

### CONTEÚDO E REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

#### **CONTEÚDO E REFERÊNCIAS – SUS**

##### **Conteúdo programático:**

1. Política pública de saúde – aspectos históricos e questões atuais;
2. Sistema Único de Saúde: conceitos, princípios, diretrizes, funcionamento;
3. Políticas públicas e garantia dos direitos da criança e do adolescente;
4. Saúde da criança e do adolescente cronicamente adoecidos e interdisciplinaridade.

##### **Referência bibliográfica:**

1. BRASIL. Lei Nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm). Acessado eletronicamente em 17/08/2022.

2. BRASIL. Diretrizes operacionais para os pactos pela vida, em defesa do SUS e de gestão. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: [http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/pactos/pactos\\_vol1.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/pactos/pactos_vol1.pdf). Acessado eletronicamente em 17/08/2022.

3. BRASIL. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área de saúde e dá outras providências. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8142.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm). Acessado eletronicamente em 17/08/2022.

4. BRASIL. Política Nacional de Humanização – Humaniza SUS. 2004. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus\\_2004.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_2004.pdf). Acessado eletronicamente em 17/08/2022.

5. BRASIL. Regionalização da Assistência à Saúde: aprofundando a descentralização com equidade no acesso. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. 2ª ed. revista e atualizada. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/regionalizacao\\_assist\\_saude.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/regionalizacao_assist_saude.pdf). Acessado eletronicamente em 17/08/2022.

6. BRASIL. Portaria nº 1.130, de 5 de agosto de 2015: Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília; Ministério da Saúde; 2015. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1130\\_05\\_08\\_2015.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1130_05_08_2015.html). Acessado eletronicamente em 17/08/2022.

7. BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência. Série E. Legislação em Saúde. 1ª Edição. Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_saude\\_pessoa\\_deficiencia.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_pessoa_deficiencia.pdf). Acessado eletronicamente em 17/08/2022.

8. CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira. “As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde”. In: PINHEIRO, R. e MATTOS, R. A. de (org.). Os Sentidos da Integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: UERJ, IMS, ABRASCO, 2001. 180p.

9. COSTA, Maria Conceição O. & BIGRAS, Marc. Mecanismos pessoais e coletivos de proteção e promoção da qualidade de vida para a infância e adolescência. Ciênc. saúde coletiva, Out 2007, vol.12, no.5, p.1101-1109.



10. CZERESNIA, D. O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. In: Czeresnia D; Freitas CM de. Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências. Ed Fiocruz. 2009. P.39-53
11. FLEURY, S. A. Reforma sanitária e o SUS: questões de sustentabilidade. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.12. n.2, p. 307-309, mar/abr 2007. Disponível em <https://scielosp.org/article/csc/2007.v12n2/307-309/pt/>. Acessado eletronicamente em 17/08/2022.
12. FURTADO, J.P. Equipes de referência: arranjo institucional para potencializar a colaboração entre disciplinas e profissões. *Interface - Comunic., Saúde, Educ.* v.11, n.22, p.239-5, mai/ago 2007.
13. MARQUES, Emanuele Souza et al. A violência contra mulheres, crianças e adolescentes em tempos de pandemia pela COVID-19: panorama, motivações e formas de enfrentamento. *Cad. Saúde Pública*, abr. 2020; 36 (4). Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/SCYZFVKpRGpg6sxJsX6Sftx/?lang=pt>. Acessado em eletronicamente em 17/08/2022.
14. MATHIAS, Maíra. Antes do SUS. 2018. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/noticias/reportagem/antes-do-sus>. Acessado eletronicamente em 17/08/2022.
15. MOREIRA, Martha Cristina Nunes; GOMES, Romeu & SÁ, Miriam Ribeiro Calheiros. Doenças crônicas em crianças e adolescentes: uma revisão bibliográfica. *Ciênc.saúde coletiva*, Jul 2014, vol.19, no.7, p.2083-2094.
16. PAIM, Jairnilson Silva. O que é o SUS. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009. 148p. (Coleção Temas em Saúde).

17. SILVA, Mônica de Assis Salviano; COLLET, Neusa; LIMA SILVA, Kenya & MOURA, FláviaMoura de. Cotidiano da família no enfrentamento da condição crônica na infância. *Acta Paul Enferm*, 23(3):359-65, 2010.
18. SOUZA, C. L.; SETENTA, C. Saúde, meio ambiente e território: uma discussão necessária na formação em saúde. *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. 2014, v. 19, n. 10, pp. 4113-4122. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/dVvT665jm9TnnhCpyhft6Gg/?lang=pt>. Acessado eletronicamente em 17/08/2022.
19. WERNECK, Jurema. Racismo institucional e saúde da população negra. *Saúde e Sociedade* [online]. 2016, v. 25, n. 3 , pp. 535-549. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/bJdS7R46GV7PB3wV54qW7vm/?lang=pt>. Acessado eletronicamente em 17/08/2022.

## CONTEÚDO E REFERÊNCIAS – ANEXO 1

### TERAPIA OCUPACIONAL

#### Conteúdo Programático:

1. Desenvolvimento infantil típico e seus desvios
2. Atenção ao recém-nascido
3. Terapia Ocupacional no contexto hospitalar
4. Adoecimento crônico na infância e adolescência
5. O brincar como ocupação na infância
6. Hospitalização na infância
7. Tecnologia Assistiva

#### Referências

1. Bombarda, T. e Joaquim, R. O ensino do registro em prontuário no campo da terapia ocupacional hospitalar. Cad. Bras. Ter. Ocup., São Carlos, v. 27, n. 3, p. 593- 601, 2019.
2. Brasil, Ministério da Saúde. “Atenção humanizada ao recém-nascido : Método Canguru : manual técnico”, no 3 (2017): 342. Módulo 5
3. Brasil, Ministério da Saúde. “Atenção humanizada ao recém-nascido : Método Canguru : manual técnico”, no 3 (2017): 342. Módulo 5
4. De Carlo, Marysia Mara Rodrigues do Prado; Kudo, Aide Mitie. Terapia ocupacional em contextos hospitalares e cuidados paliativos. 2018.
5. Simonato, Mariana Pereira, Mitre, Rosa Maria de Araujo e Galheigo, Sandra Maria. O cotidiano hospitalar de crianças com hospitalizações prolongadas: entre tramas dos cuidados com o corpo e as mediações possíveis. Interface – Comunicação, Saúde, Educação [online]. 2019, v. 23 [Acessado 15 Junho 2023], e180383. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/Interface.180383>. Epub 01 Ago 2019. ISSN 1807-5762. <https://doi.org/10.1590/Interface.180383>. São Paulo: Ed. Payá, 2018.
6. Gomes, Maria Dulce, Liliana da Conceição Teixeira, e Jaime Ribeiro. Enquadramento da Prática da TERAPIA OCUPACIONAL Domínio & Processo 4a Edição, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.25766/671r-0c18>.

7. Mitre, Rosa Maria de Araújo e Gomes, Romeu. A promoção do brincar no contexto da hospitalização infantil como ação de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. 2004, v. 9, n. 1 [Acessado 15 Junho 2023], pp. 147-154. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232004000100015>. Epub 05 Jun 2007. ISSN 1678- 4561. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232004000100015>.
8. OMS e Classificações Internacionais em Português. CIF: Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. Traduzido por o Cássia Maria Buchalla. 1ed ed. Editora da Universidade de São Paulo, 2003. Disponível em: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42407/9788531407840\\_por.pdf;sequence=111](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42407/9788531407840_por.pdf;sequence=111)
9. RESOLUÇÃO Nº 429 de 08 de julho de 2013. – Reconhece e disciplina a especialidade de Terapia Ocupacional em Contextos Hospitalares, define as áreas de atuação e as competências do terapeuta ocupacional especialista em Contextos Hospitalares e dá outras providências
10. RESOLUÇÃO Nº. 324/2007 – Dispõe sobre a atuação do Terapeuta Ocupacional na brinquedoteca e outros serviços inerentes, e o uso dos Recursos Terapêutico-Ocupacionais do brincar e do brinquedo e dá outras providências.
11. Vieira, D.K.O.; Maia, F.N.; Silva Júnior, J.V.N.; Ribeiro, C.T.M.; & Ferreira, H.S. (2023). Perfil das necessidades de tecnologia assistiva de pacientes pediátricos em hospital de alta complexidade: um estudo de caso. *Ver. Interinst. Bras. Ter. Ocup.* 7(2), 1685-1699. DOI: 10.47222/2526-3544.rbto56022.

## ANEXO 2 – FORMULÁRIO PARA ANÁLISE DE TÍTULOS – ETAPA 2

Nome do candidato:	
Nº de Inscrição:	Programa: Área:

Quesito	Número Máximo de Documentos à Anexar	Localização do Comprovante (Descrever o nome do documento enviado para cada item)	Pontuação Máxima	Pontuação Pretendida (preenchido pelo candidato)	Pontuação Concedida (preenchido pela banca)
Estágios extracurriculares na área da saúde(1,5 pontos para cada 4 meses de estágio). *	3		4,5		
Monitoria Acadêmica (1,5 pontos por cadasesmestre letivo). **	3		4,5		
Trabalhos na área da saúde publicados ou com aceite em revistas científicas, publicação ou aceite de livro e/ou capítulo de livro.	1		1,5		

<b>Apresentação de trabalhos na área da saúde em eventos científicos e anais de eventos científicos(1,5 pontos por trabalho).</b>	<b>3</b>		<b>4,5</b>		
<b>Certificado de Participação (ouvinte ou monitoria ou organização) em eventos científicos diferentes na área da saúde (0,5 ponto por participação).</b>	<b>3</b>		<b>1,5</b>		
<b>Bolsista ou voluntário em projetos de pesquisa científica em órgãos credenciados (1,5 pontos por projeto).</b> **	<b>2</b>		<b>3</b>		
<b>Cursos de atualização ou projeto de extensão universitária na área da saúde com duração mínima de 30 (trinta) horas (1,5 pontos por curso).</b>	<b>3</b>		<b>4,5</b>		
<b>Curso básico de língua estrangeira ou proficiência por órgão credenciado.</b> ***	<b>1</b>		<b>1,0</b>		

**OBSERVAÇÃO:**

\* Estágio não obrigatório durante a graduação.

\*\* Apresentação de declaração em documento oficial da instituição responsável que caracterize de forma clara o Programa de Iniciação Científica ou atividade de monitoria e comprove o período de tempo da realização.

\*\*\* Não serão aceitos declaração de proficiência de línguas estrangeira em aprovação de cursos *strictu sensu*.

Declaro que as informações prestadas neste FORMULÁRIO PARA ANÁLISE DE TÍTULOS REFERENTE À ANÁLISE DE TÍTULO são verdadeiras e estou ciente de que a prática de falsidade ideológica em prova documental acarretará a anulação de todos os atos administrativos praticados pelo IFF referentes ao candidato em epígrafe, sua exclusão do concurso, cancelamento de sua matrícula, caso esta já tenha sido efetivada, seu desligamento da Área Profissional do Programa de Residência Multiprofissional a qual estiver vinculado, caso este já tenha iniciado, sem prejuízo das ações penais cabíveis. Estou ciente e de acordo com a pontuação concedida pela Banca Examinadora.

Rio de Janeiro, \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_.

---

**Assinatura do Candidato**

### **ANEXO 3 – 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 Multiprofissional – Área \_\_\_\_\_ vem requerer a V.S.<sup>a</sup> que lhesejam 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](mailto:selecaoresidencia.iff@fiocruz.br) ou por telefone (21) 2554-1714.

#### **2. NECESSIDADE 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 4 - VACINAS A SEREM COMPROVADAS<sup>2</sup> E ESQUEMA VACINAL ADEQUADO<sup>3</sup>

Vacinas	1ª dose	2ª dose	3ª dose
Dupla Adulta DT – Difteria e Tétano <sup>4</sup>	1º dia	60 dias	120 dias
Hepatite A	1º dia	Intervalo de 6 meses da 1ª dose	
Hepatite B <sup>5</sup>	1º dia	30 dias	180 dias
Varicela	1º dia	Intervalo de 4 a 8 semanas da 1ª dose	
COVID -19	Pelo menos 2 doses		
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.		

- A) **Vacinas aplicadas nos Postos de Saúde (apresentar carteira do Conselho Profissional):** Dupla Tipo Adulto, Hepatite
- B) B, Gripe (a partir de abril), MMR e BCG.
- C) **Vacinas que são tomadas no CRIE (Tel. 2234-3720):** Varicela (para quem não teve a doença)
- D) **Vacinas que não são aplicadas nos Postos de Saúde, mas são recomendadas:** Hepatite A

<sup>2</sup> Comissão de Biossegurança do IFF.

<sup>3</sup> Programa Nacional de Imunização ([http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/area.cfm?id\\_area=1448](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/area.cfm?id_area=1448))

<sup>4</sup> Esquema para não vacinados. Indivíduos com esquema incompleto: completar as 3 doses; indivíduos com esquema completo: 1dose reforço 10/10 anos.

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

## ANEXO 5 - REQUERIMENTO DE ISENÇÃO DE TAXA DE INSCRIÇÃO

### CENTRO DE ESTUDOS OLINTO DE OLIVEIRA

#### VAGA PRETENDIDA

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

#### DADOS PESSOAIS

##### NOME COMPLETO


##### SEXO

##### DATA DE NASCIMENTO

M	
---	--

F	
---	--

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

##### DOCUMENTO DE IDENTIDADE

##### CPF


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


##### NÚMERO

##### COMPLEMENTO

##### BAIRRO

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

##### CEP

##### CIDADE

##### ESTADO


##### TELEFONES

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

##### E-MAIL

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

##### DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA FINANCEIRA

---

ASSINATURA DO REQUERENTE

## ANEXO 6 – FORMULÁRIO PARA PEDIDO DE RECURSO

Residência Multiprofissional em Saúde da Criança e do Adolescente Cronicamente Doentes

2024 – IFF/Fiocruz

### FORMULÁRIO PARA RECURSO

ESPECIALIDADE/ÁREA

**TERAPIA OCUPACIONAL**

ATENÇÃO <b>1 - Use uma folha para cada questão.</b> <b>2 - Caso alguma questão seja anulada, os pontos a ela correspondentes serão atribuídos a todos os candidatos.</b>		
NOME DO CANDIDATO (LETRA DE FORMA)		Nº DE INSCRIÇÃO
ENDEREÇO	CEP	IDENTIDADE

SOLICITA:

CONTEÚDO PROGRAMÁTICO		
( ) Sistema Único de Saúde	QUESTÃO	<input type="checkbox"/> ALTERAÇÃO DE GABARITO
( ) Terapia Ocupacional	Nº: _____	<input type="checkbox"/> ANULAÇÃO DA QUESTÃO

FUNDAMENTAÇÃO:


Rio de Janeiro, \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do/a candidato/a

## ANEXO 7 – DECLARAÇÃO DE VERACIDADE DAS INFORMAÇÕES E AUTENTICIDADE DOS DOCUMENTOS APRESENTADOS

Eu, \_\_\_\_\_,  
inscrito no CPF sob o nº \_\_\_\_\_, declaro, sob as penas previstas na Lei Federal nº 13.726 de 08 de outubro de 2018, que as informações e os documentos por mim apresentados, listados no item 13.2 do edital do concurso e requeridos para fins de minha matrícula no Programa de Residência de Multiprofissional em Saúde da Criança Cronicamente Doente na Área de \_\_\_\_\_ ofertado pelo Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira (IFF) da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) são verdadeiros e autênticos, estando 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, \_\_\_\_ de \_\_\_\_ de \_\_\_\_.

---

Assinatura do/a Candidato/a

## **ANEXO 8 – TERMO DE CONSENTIMENTO PARA TRATAMENTO DE DADOS PESSOAIS**

### **TERMO DE CONSENTIMENTO PARA TRATAMENTO DE DADOS PESSOAIS**

LEI Nº 13.709, DE 14 DE AGOSTO DE 2018

LEI GERAL DE PROTEÇÃO DE DADOS PESSOAIS – LGPD

Eu, \_\_\_\_\_,  
inscrito no CPF sob o n \_\_\_\_\_, candidato ao Programa de Residência(PR), por meio do presente instrumento, aquidenominado como TITULAR, venho por meio deste, declarar que nada tenho a opor quanto a utilização por parte do Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira (IFF) da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) - inscrita no CNPJ sob nº 33.781.055/0001-35 - na qualidade de CONTROLADORA, disponha dos meus dados pessoais e dados pessoais sensíveis, de acordo com os artigos 7º e 11 da Lei nº 13.709/2018. em caso de aprovaçãono sobredito programa, e para que não paire qualquer dúvida.

#### **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 13.2 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 3×4; 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, para cumprimento de obrigações decorrentes da legislação, 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, exceto no caso de prevalecerem direitos e liberdades fundamentais do titular que exijam a proteção dos dados pessoais.

Parágrafo Primeiro: Caso seja necessário o compartilhamento de dados com terceiros que não tenham sido relacionados nesse termo ou qualquer alteração

posterior, será ajustado novo termo de consentimento para este fim (§ 6º do artigo 8º e § 2º do artigo 9º da Lei nº 13.709/2018).

Parágrafo Segundo: Em caso de alteração na finalidade, que esteja em desacordo com o consentimento original, a Controladora deverá comunicar o Titular, de forma inequívoca, 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, e em especial, no processo seletivo e programa de residência, 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 13.709/2020.

### **CLÁUSULA QUINTA**

#### **Término do Tratamento dos Dados**

À Controladora, é permitido manter e utilizar os dados pessoais do Titular durante todo o

período firmado para as finalidades relacionadas nesse termo e mesmo ainda após o término do curso, para cumprimento de obrigação legal ou impostas por órgãos de fiscalização, nos termos do artigo 16 da Lei nº 13.709/2018, sempre relacionados ao Programa de Residência ao qual o Titular encontra-se vinculado.

## **CLÁUSULA SEXTA**

### **Direito de Revogação do Consentimento**

O Titular poderá revogar seu consentimento, a qualquer tempo, por e-mail ou por carta escrita, nos termos do artigo 8º, § 5º, da Lei nº 13.709/2020.

O Titular fica ciente de que a Controladora poderá permanecer utilizando os dados para as seguintes finalidades: para fazer prova em demandas trabalhistas e/ou de obrigações decorrentes da legislação previdenciária; 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, 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, previdenciários, bem como os relacionados à segurança e saúde no trabalho, mesmo após o encerramento do vínculo educacional, por no máximo 10 anos a contar da conclusão do programa de residência.

## **CLÁUSULA OITAVA**

### **Vazamento de Dados ou Acessos Não Autorizados – Penalidades**

As partes poderão entrar em acordo, quanto aos eventuais danos causados, caso ocorra 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 13.709/2018:

Rio de Janeiro, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

---

Assinatura do/a Candidato/a

**ANEXO 9 – FORMULÁRIO PARA EFETIVAÇÃO DA MATRÍCULA FICHA DE  
MATRÍCULA – SIGRESIDÊNCIAS 2024**

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

FOTO  
3x4

<b>1</b>	CPF:	<b>2</b>	Sexo:
<b>3</b>	Nome:	<b>4</b>	Sobrenome:
<b>5</b>	Nome do Pai:	<b>6</b>	Nome da Mãe:
<b>7</b>	Data de nascimento:	<b>8</b>	Estado Civil:
<b>9</b>	Nacionalidade:	<b>10</b>	Cor/Origem Étnica:
<b>11</b>	UF Naturalidade:	<b>12</b>	Naturalidade:
<b>13</b>	Grupo Sanguíneo	<b>14</b>	PIS/PASEP
<b>15</b>	Título de Eleitor:	<b>16</b>	N.º do RG:
<b>17</b>	Órgão Expedidor:	<b>18</b>	UF do RG:
<b>19</b>	Data de Emissão:	<b>20</b>	E-mail:
<b>21</b>	Telefone de Contato:	<b>22</b>	Telefone Celular:
<b>23</b>	Escolaridade:	<b>24</b>	Data do primeiro Emprego:
<b>25</b>	CEP:		
<b>26</b>	Logradouro:	<b>27</b>	Nº:
<b>28</b>	Complemento:	<b>29</b>	Bairro:
<b>30</b>	UF:	<b>31</b>	Município:
<b>32</b>	Programa de Residência Multiprofissional	<b>33</b>	Duração do programa:
<b>34</b>	Especialidade:	<b>35</b>	Profissão:
<b>36</b>	UF Registro no Conselho:	<b>37</b>	Conselho:
<b>38</b>	N.º de Registro no Conselho:		
<b>39</b>	Nome do Banco (conta corrente):	<b>40</b>	Agência da conta corrente:
<b>41</b>	N.º da Conta corrente:		
<b>42</b>	Nome do Banco (conta salário vinculada à conta corrente):	<b>43</b>	Agência da conta salário vinculada à conta corrente:
<b>44</b>	N.º da Conta Salário vinculada à conta corrente:		

Venho requerer matrícula no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Criança e do Adolescente Cronicamente Doecidos 2024.

Rio de Janeiro, \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

Assinatura do Residente

## **DECLARAÇÃO DE COMPATIBILIDADE**

Eu \_\_\_\_\_, identidade nº \_\_\_\_\_, profissão \_\_\_\_\_, egresso do Programa de Residência em \_\_\_\_\_, eixo temático \_\_\_\_\_, na Instituição \_\_\_\_\_, declaro que a área de concentração do programa de residência concluído é diferente da atual, conforme dispostona Resolução Nº 1. Art. 2º, de 27 de dezembro de 2017.

Rio de Janeiro, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

---

Assinatura do/a candidato/a

## **DECLARAÇÃO NEGATIVA**

Eu \_\_\_\_\_,  
identidade nº \_\_\_\_\_, profissão \_\_\_\_\_,  
declaro não ser egresso de qualquer Programa de Residência em Área Profissional da  
Saúde, conforme previsto em edital.

Rio de Janeiro, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

---

Assinatura do/a candidato/a

**TERMO DE RENÚNCIA – 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  
os 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

## **TERMO DE COMPROMISSO**

### RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE CRONICAMENTE ADOECIDOS

#### *Terapia Ocupacional*

Pelo presente termo por mim assinado, assumo o compromisso de desempenhar as tarefas a mim determinadas, na qualidade de Residente da Área Profissional de \_\_\_\_\_ do IFF/FIOCRUZ, em conformidade com as condições internas e legislações vigentes, e suas possíveis alterações determinadas pela Comissão Nacional de Residência Multiprofissional (CNRMS) e/ou pela Coordenação Geral de Residência Multiprofissional do IFF/FIOCRUZ, declaro estar ciente e de acordo com as orientações e exigências abaixo descritas:

- a) A bolsa auxílio será paga pelo Programa Nacional de Bolsas para Residências Multiprofissionais eem Área Profissional da Saúde / Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (SGTES/MS), durante o período de 2 (dois) anos a contar da data de início do Programa, em duodécimos, de acordo com o valor estipulado pela Comissão Nacional de Residência Multiprofissional (CNRMS).
- b) Estar ciente de que, não possuo outro tipo de vínculo ativo, seja empregatício de qualquer natureza(pública, privada ou filantrópica) ou mesmo com outra modalidade de ensino (graduação, especialização, residência, mestrado, doutorado, pós-doutorado).
- c) Estar ciente de que, estou disponível para a realização das atividades relacionadas ao Programa de Residência Multiprofissional do IFF/Fiocruz decorrentes da formação em serviço, em regime de tempo integral, com 60 horas semanais, 1 (uma) folga semanal, sob dedicação exclusiva, totalizando5.760 horas (incluindo atividades extramuros e nos finais de semana), de acordo com o Projeto Político Pedagógico do curso e com a legislação em vigor.

d) Estar ciente de que, sou submetido às normas do Regimento Interno da COREMU do IFF/Fiocruz.

e) Estar ciente de que, sou submetido às normas do Regimento Interno de Pós-Graduação Lato Sensu do IFF/Fiocruz.

f) Estar ciente de que, sou submetido aos dispositivos regulamentares do MEC e MS expedidos através da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional de Saúde – CNRMS.

Declaro que não estou vinculado a nenhuma outra modalidade de bolsa relacionada a programas ou projetos (por exemplo, bolsa PET-SAÚDE); e que se porventura ainda houver algum desses vínculos, tomarei providências imediatas com o seu cancelamento, uma vez que estou ciente de que se tal vinculação não for desfeita, a mesma poderá inviabilizar o meu cadastro nos sistemas de gerenciamento de bolsas de residência do Ministério da Saúde, acarretando atrasos no pagamento da bolsa.

Estou de igual forma ciente de que o IFF estará isento de responsabilidade nos eventuais atrasos de pagamento das bolsas.

g) Estar ciente de que, não concluindo o período determinado e todas as atribuições constantes do Programa de Residência Multiprofissional do IFF, não receberei certificado em hipótese alguma. Entre essas atribuições está incluída a apresentação de um trabalho de conclusão de curso, de acordo com o disposto no Regimento Interno de Residência Multiprofissional do IFF/FIOCRUZ e na legislação em vigor.

h) Saber que, serei avaliado periodicamente pelos preceptores, tutores e docentes do Programa e, no caso de avaliação insuficiente, estarei sujeito às penalidades previstas no Regimento Interno de Residência Multiprofissional do IFF/FIOCRUZ, podendo, dependendo do caso, vir a ser desligado do Programa de Residência Multiprofissional do IFF/FIOCRUZ.

i) Estar ciente de que, não poderei ausentar-me do Serviço em que estiver estagiando sem permissão da chefia ou do preceptor/supervisor do horário.

l) Saber que, deverei apresentar-me ao Serviço condignamente uniformizado, de forma assídua e pontual.

m) Como profissional de saúde da Área de \_\_\_\_\_, meus atos e atitudes serão regidos pelo código de Ética Profissional desta respectiva categoria, comprometendo-me a observar e cumprir todas as condições acima enumeradas, bem como respeitar as normas internas de funcionamento do Instituto Nacional de Saúde da Criança, da Mulher e do Adolescente Fernandes Figueira, sob pena de, em qualquer transgressão, ser imediatamente desligado desse Instituto.

n) O prazo de vigência do presente termo terá a mesma duração do curso no qual estou matriculado.

Estando ciente e de acordo, assino o presente termo.

Rio de Janeiro, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

---

Assinatura do/a Candidato/a