



INSTITUTO NACIONAL | FERNANDES FIGUEIRA  
DE SAÚDE DA MULHER, DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE

IFF



FIOCRUZ



## EDITAL

### PROCESSO SELETIVO DE RESIDÊNCIA MÉDICA 2025

#### PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA MÉDICA:

R1	CIRURGIA PEDIÁTRICA	IFF
R1	GENÉTICA MÉDICA	IFF
R1	OBSTETRÍCIA E GINECOLOGIA	IFF
R1	PEDIATRIA	IFF
R1	INFECTOLOGIA	INI
PEDIATRIA (R4)	INFECTOLOGIA PEDIÁTRICA	IFF
PEDIATRIA (R4)	MEDICINA INTENSIVA PEDIÁTRICA	IFF
PEDIATRIA (R4)	NEONATOLOGIA	IFF
PEDIATRIA (R4)	PNEUMOLOGIA PEDIÁTRICA	IFF
PEDIATRIA (R4)	NEUROLOGIA PEDIÁTRICA	IFF
PEDIATRIA (R4)	ALERGIA E IMUNOLOGIA PEDIÁTRICA	IFF

Rio de Janeiro

Setembro de 2024

**Ministério da Saúde**

Mário Moreira

**Fundação Oswaldo Cruz**

**Presidente:** Nísia Verônica Trindade Lima

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

**Diretor:** Antônio Flávio Vitarelli Meirelles

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

**Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas**

**Diretora:** Valdiléa Gonçalves Veloso dos Santos

**Vice-Direção de Ensino:** Mauro Brandão Carneiro

**Residência Médica do Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas**

**Supervisor do PRM em Infectologia:** Cristiane da Cruz Lamas

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

**Coordenador Geral:** Ana Elisa Rodrigues Baião

**Vice-Coordenador Geral:** Márcio Fernandes Nehab

**Supervisor do PRM em Cirurgia Pediátrica:** Juliana Werneck Raposo

**Supervisoras do PRM em Genética Médica:** Patrícia Santana Correia e Dafne Dain Gandelman Horovitz

**Supervisores do PRM em Obstetrícia e Ginecologia:** Ana Elisa Rodrigues Baião e Rodrigo Aguiar da Cruz

**Supervisor do PRM em Pediatria:** Almiro Domiciano da Cruz Filho

**Supervisora da área de atuação Alergia e Imunologia Pediátrica:** Liziane Nunes de Castilho Santos

**Supervisor da área de atuação Infectologia Pediátrica:** Marcos Vinícius Pone

**Supervisoras da área de atuação Medicina Intensiva Pediátrica:** Melissa Jacques

**Supervisora da área de atuação Neonatologia:** Ana Beatriz Souza Machado

**Supervisora da área de atuação Neurologia Pediátrica:** Fernanda Veiga de Góes

**Supervisora da área de atuação Pneumologia pediátrica:** Tânia Wrobel Folescu

# SUMÁRIO

1.	APRESENTAÇÃO .....	4
2.	RESIDÊNCIA MÉDICA .....	5
3.	CRONOGRAMA DO PROCESSO SELETIVO RESIDÊNCIA MÉDICA .....	7
4.	PROGRAMAS OFERECIDOS .....	10
5.	VAGAS PARA AÇÕES AFIRMATIVAS.....	11
6.	REQUISITOS PARA INGRESSO NA RESIDÊNCIA MÉDICA .....	17
7.	INSCRIÇÕES .....	18
8.	PROVAS .....	29
9.	REALIZAÇÃO DA PROVA OBJETIVA (ETAPA ÚNICA).....	31
10.	DIVULGAÇÃO DO GABARITO E DOS RECURSOS.....	36
11.	RESULTADO FINAL.....	38
12.	CRITÉRIOS DE DESEMPATE.....	39
13.	MATRÍCULA.....	40
14.	RECLASSIFICAÇÃO .....	51
15.	DESISTÊNCIA .....	52
16.	DISPOSIÇÕES GERAIS.....	53
	ANEXO 1 – CONTEÚDOS PROGRAMÁTICOS E REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	56
	Cirurgia Pediátrica R1 (IFF).....	56
	Especialidades R1 .....	56
	R4 – Especialidades Pediátricas .....	60
	ANEXO 2 – FORMULÁRIO - PESSOAS COM DEFICIÊNCIA .....	63
	ANEXO 3 – REQUERIMENTO DE CONDIÇÕES ESPECIAIS .....	65
	ANEXO 4 – AUTODECLARAÇÃO .....	67

<b>ANEXO 5 - REQUERIMENTO ISENÇÃO DA TAXA DE INSCRIÇÃO .....</b>	<b>68</b>
<b>ANEXO 6 - RELAÇÃO DE VACINAS A SEREM COMPROVADAS<sup>4</sup> E ESQUEMA ADEQUADO .....</b>	<b>67</b>
<b>ANEXO 7 - TERMO DE RESPONSABILIDADE – VACINAÇÃO<sup>70</sup></b>	
<b>ANEXO 8- FORMULÁRIO DE MATRÍCULA IFF R1 2025.....</b>	<b>71</b>
<b>ANEXO 9 - FORMULÁRIO DE MATRÍCULA IFF R4 2025.....</b>	<b>72</b>
<b>ANEXO 10 - FORMULÁRIO DE MATRÍCULA INI – 2025 .....</b>	<b>73</b>
<b>ANEXO 11 - TERMO DE COMPROMISSO .....</b>	<b>74</b>
<b>ANEXO 12 – FORMULÁRIO DE CADASTRO DE PROFISSIONAL.....</b>	<b>76</b>
<b>ANEXO 13 – DECLARAÇÃO DE VERACIDADE.....</b>	<b>78</b>
<b>ANEXO 14 - TERMO DE CONSENTIMENTO PARA TRATAMENTO DE DADOS PESSOAIS - LEI Nº 12.709, DE 14 DE AGOSTO DE 2018 LEI GERAL DE PROTEÇÃO DE DADOS PESSOAIS – LGPD .....</b>	<b>79</b>
<b>ANEXO 15 – FORMULÁRIO PARA PEDIDO DE RECURSO.....</b>	<b>83</b>
<b>ANEXO 16 TERMO DE RENÚNCIA – ALOJAMENTO .....</b>	<b>86</b>
<b>ANEXO 17 – DECLARAÇÃO DE NÃO CUSTEIO DE CURSO PREPARATÓRIO .....</b>	<b>87</b>

## 1. APRESENTAÇÃO

O Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira (IFF), que tem como missão “*melhorar a qualidade de vida da mulher, da criança e do adolescente por meio de ações articuladas de pesquisa, ensino, atenção integral à saúde, cooperação técnica nacional e internacional e desenvolvimento e avaliação de tecnologias, como subsídio para formação de políticas públicas nacionais*”, e o Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas (INI), que tem como missão “*contribuir para a melhoria das condições de saúde da população brasileira através de ações integradas de pesquisa clínica, desenvolvimento tecnológico, ensino e assistência de referência na área de doenças infecciosas*”, ambas unidades técnico-científicas da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), tornam público o edital de convocação para o Processo Seletivo aos programas de Residência Médica existentes nos citados institutos, a iniciar-se em 2025, visando o preenchimento de 29 vagas de R1 e 19 vagas de R4, de acordo com as Normas e Resoluções emanadas pela Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM).

**Este EDITAL entrará em vigor na data de sua publicação.**

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

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

**A interposição de recursos relativos ao conteúdo desse edital poderá ser feita no período de 13 a 17/9/2024, até 12h, no Centro de Estudos Olinto de Oliveira, pelo/a candidato/a ou procurador legalmente constituído.**

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

MAURO BRANDÃO CARNEIRO  
*Vice-Direção de Ensino – INI/Fiocruz*

## 2. RESIDÊNCIA MÉDICA

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

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

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

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

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

**2.3. Bolsas dos residentes:** Todos os programas terão início em **01/03/2025** e os residentes farão jus à bolsa cujo valor bruto - regulamentado pelos Ministérios da Educação (MEC) e da Saúde (MS) por meio da [Portaria Interministerial MEC/MS nº 9, de 13 de outubro de 2021](#) - está atualmente fixado em R\$ 4.106,09 (quatro mil, cento e seis reais e nove centavos). Esse valor está sujeito a descontos, retenções tributárias e previdenciárias nos termos da Lei. Em casos de algumas licenças como, por exemplo, motivo de doença maior do que 15 (quinze) dias e licença maternidade, a bolsa será interrompida, retornando após o término da licença, quando da reposição da carga horária. Neste período de licença o residente terá que ingressar com pedido de concessão de benefício junto ao INSS para receber o [s](#) respectivos auxílios, observando-se o período mínimo de carência previstos para cada caso. Especificamente no caso da licença-maternidade, o prazo pago pelo INSS é de 4 meses. O calendário de pagamento das bolsas se dará conforme normas do órgão financiador (Ministério da Saúde), bem como do tempo necessário para o processamento da instituição bancária. Eventuais atrasos no pagamento das bolsas não são de responsabilidade da unidade proponente dos programas de residência.

**2.4. Critérios para conclusão dos programas:** De acordo com a Resolução No. 4 do Ministério da Educação, de 1º. de Novembro de 2023, a obtenção do certificado de término do Programa de Residência Médica dependerá de cumprimento integral da carga horária do programa, cumprimento integral das avaliações periódicas em cada ano e dos critérios de promoção em todos os anos, e a apresentação de um trabalho de conclusão de curso, aprovado até

um mês antes da data de finalização de seu programa, sob a forma de texto científico ou sobre inovação tecnológica, na forma de artigo, projeto de pesquisa ou texto para revisão e modificação de condutas, com aplicabilidade no trabalho. Todos os produtos decorrentes deste curso deverão ser disponibilizados conforme a política de Acesso Aberto da Fiocruz.

### 3. CRONOGRAMA DO PROCESSO SELETIVO RESIDÊNCIA MÉDICA

ETAPAS	DATA	HORÁRIOS	LOCAIS
Inscrições	30/9/24 à 8/11/24	Até 23h59	SIGA-LS da Fiocruz <sup>1</sup>
Entrega dos documentos de inscrição (comprovante original de pagamento da taxa de inscrição, Formulário de inscrição)	30/9/24 à 8/11/24	Até 23h59	Formulário de inscrição <sup>2</sup>
Solicitação de condições especiais para realizar a prova	30/9/24 à 8/11/24	Até 23h59	Formulário de inscrição <sup>2</sup>
Solicitação de isenção de taxa de inscrição	30/9/24 à 4/10/24	Até 23h59	Formulário de inscrição <sup>3</sup>
Divulgação da relação dos/as candidatos/as isentos de taxa de inscrição	9/10/24	A partir das 12h	SIGA-LS da Fiocruz <sup>1</sup>
Homologação das inscrições	21/11/24	A partir das 16h	SIGA-LS da Fiocruz <sup>1</sup>
Recursos para inscrições não homologadas	22/11/24	Até 23h59	Formulário do recurso <sup>4</sup>
Resultado do julgamento dos recursos das inscrições não homologadas	25/11/24	Após 16h	SIGA-LS da Fiocruz <sup>1</sup>
Etapa Única – Prova Objetiva tipo múltipla escolha	5/1/25	9h30	Faculdade FACHA – Unidade Botafogo <sup>5</sup>
Encerramento do acesso de candidatos/as ao local da Etapa única	5/1/25	8h30	Faculdade FACHA Unidade Botafogo <sup>5</sup>
Divulgação do gabarito preliminar - <b>IFF</b>	5/1/25	Até às 16h	SIGA-LS da Fiocruz <sup>1</sup>
Divulgação do gabarito preliminar - <b>INI</b>	6/1/25	Até às 16h	SIGA-LS da Fiocruz <sup>1</sup>
Interposição de recursos às questões da prova objetiva - <b>IFF</b>	6/1/25	Até 23h59	Formulário do recurso <sup>6</sup>
Interposição de recursos às questões da prova objetiva - <b>INI</b>	7/1/25	Até 23h59	Formulário do recurso <sup>6</sup>
Resultado do julgamento dos recursos interpostos às questões da prova objetiva - Gabarito final	17/1/25	Até às 16h	SIGA-LS da Fiocruz <sup>1</sup>
Resultado da Prova Objetiva (Etapa Única)	17/1/25	Até às 16h	SIGA-LS da Fiocruz <sup>1</sup>
Divulgação dos candidatos para Avaliação Biopsicossocial e Heteroidentificação para Vagas de Ações Afirmativas – <b>IFF e INI</b>	17/1/25	Até às 16h	SIGA-LS da Fiocruz <sup>1</sup>



Entrevista com as Comissões de Avaliação Biopsicossocial e Comissão de Heteroidentificação para candidatos/as inscritos para Vagas de Ações Afirmativas – <b>IFF</b>	<b>22/1/25</b>	A ser divulgado no dia 17/1/25	CEO <sup>7</sup>
Resultado da Avaliação Biopsicossocial e Heteroidentificação para candidatos a Vagas de Ações Afirmativa - <b>IFF</b>	<b>23/1/25</b>	A partir das 9h	Email <sup>8</sup>
Interposição de recursos para Comissão Recursal de Heteroidentificação e Comissão Recursal de Avaliação Biopsicossocial - <b>IFF</b>	<b>23/1/25</b>	Até às 14h	Email <sup>8</sup>
Resultado Interposição de recursos para Comissão Recursal de Heteroidentificação e Comissão Recursal de Avaliação Biopsicossocial - <b>IFF</b>	<b>23/1/25</b>	Às 16h	Email <sup>8</sup>
Entrevista com a Comissão Recursal de Heteroidentificação e Avaliação Biopsicossocial para candidatos/as inscritos para Vagas de Ações Afirmativas - <b>IFF</b>	<b>24/1/25</b>	A ser divulgado no dia 23/1/25	CEO <sup>7</sup>
Entrevista com a Comissão de Heteroidentificação para candidatos/as Negros/as (pretos/as ou pardos/as) inscritos para Vagas de Ações Afirmativas – <b>INI</b>	<b>24/1/2025</b>	8h às 16h	Via remota o link estará disponível no SIGA-LS da Fiocruz <sup>1</sup> , em 23/01/2024
Interposição de recursos para Comissão Recursal de Heteroidentificação – <b>INI</b>	<b>25/1/25</b>	8h às 16h	Email <sup>9</sup>
Resultado da Heteroidentificação e Avaliação Biopsicossocial para candidatos/as inscritos para Vagas de Ações Afirmativas – <b>INI</b>	<b>26/1/25</b>	8h às 12h	SIGA-LS da Fiocruz <sup>1</sup>
Ato da Matrícula – Residência Médica do <b>IFF</b> (R1 e R4)	<b>27/1/25 e 28/1/25</b>	Até às 23h59	Formulário <i>online</i> de matrícula <sup>10</sup>
Resultado preliminar e recurso aos pedidos de matrícula pendentes do <b>IFF</b>	<b>30/1/25</b>	10h às 23h59	E-mail do/a candidato/a
Resultado final da matrícula do <b>IFF</b>	<b>31/1/25</b>	16h	SIGA-LS da Fiocruz <sup>1</sup>
Matrícula – Residência Médica do <b>INI</b>	<b>29 e 30/1/2025</b>	<b>10h às 16h</b>	Secretaria Acadêmica da Vice Direção de Ensino do INI/Fiocruz <sup>11</sup>
Semana de Integração do <b>IFF</b>	<b>3 a 7/3/25</b>	08 às 16h	CEO <sup>7</sup>
Semana de Integração do <b>INI</b>	<b>01, 04 e 5/3/25</b>	08 às 16h	INI <sup>11</sup>
Início dos programas de Residência Médica	<b>01/03/2025</b>	8h	IFF <sup>12</sup> - INI <sup>11</sup>

- 1 SIGA-LS da Fiocruz - <https://www.sigals.fiocruz.br/publico.do>
- 2 Link de inscrição IFF - <https://redcap.link/residencia.medica>
- 2 Link de Incrição INI - <https://redcap.link/residenciamedica.iff.ini>
- 3 Link de isenção - <https://redcap.fiocruz.br/redcap/surveys/?s=N XK9EC78TY83RECP>
- 4 Link de recurso de inscrição não homologada - Será divulgado no documento publicado no dia 21/11/24.
- 5 Faculdade FACHA - Unidade Botafogo - Rua Muniz Barreto, 51 - Botafogo – RJ.
- 6 Link de recurso de prova IFF- Será divulgado no documento publicado no dia 5/1/25.
- 6 Link de recurso de prova INI - Será divulgado no documento publicado no dia 6/1/25.
- 7 CEOO - Centro de Estudos Olinto de Oliveira (Térreo), Av. Rui Barbosa, 716 – Flamengo – RJ
- 8 Interposição de recursos para Comissão de Heteroidentificação IFF: [selecaoresidencia.iff@fiocruz.br](mailto:selecaoresidencia.iff@fiocruz.br)
- 9 Interposição de recursos para Comissão de Heteroidentificação INI: [residencias.iff@fiocruz.br](mailto:residencias.iff@fiocruz.br)
- 10 Formulário de matrícula – Será enviado e-mail para os candidatos com o link de matrícula.
- 11 Matrícula INI - Secretaria Acadêmica da Vice Direção de Ensino do INI/Fiocruz, situada a Av. Brasil, 4365 – Manginhos
- 12 IFF - Instituto Nacional de Saúde da Criança, da Mulher e do Adolescente Fernandes Figueira (IFF/Fiocruz) Térreo Endereço: Av Rui Barbosa, 716 – Flamengo – Rio de Janeiro.

#### 4. PROGRAMAS OFERECIDOS

Especialidades	Pré Requisito	Vagas Ampla Concorrência	Vagas PCD*	Vagas N**	Vagas I***	Vagas Nº Total	Duração (anos)	Local do Programa
Genética Médica (R1)	Graduação em Medicina concluída ou a concluir até <b>28/02/2025</b>	1	-	1	-	2	3	IFF
Pediatria (R1)		9	1	1	1	12	3	
Obstetrícia Ginecologia (R1)		5	1	1	1	8	3	
Infectologia Adulto (R1) INI		4	1	2	1	8	3	INI
Cirurgia Pediátrica (R1)	Residência Médica em Cirurgia Geral, concluído ou a concluir até <b>28/02/2025</b>	1	-	-	-	1	3	IFF
<b>ÁREAS DE ATUAÇÃO</b>								
Pediatria (R4) Alergia e Imunologia Pediátrica	<b>Residência Médica em Alergia e Imunologia ou Pediatria</b> concluída ou a concluir até <b>28/02/2025</b>	2	-	1	-	3	2	IFF
Pediatria (R4) Infectologia Pediátrica	<b>Residência Médica em Infectologia ou Pediatria</b> concluída ou a concluir até <b>28/02/2025</b>	1	-	1	-	2	2	
Pediatria (R4) Medicina Intensiva Pediátrica	<b>Residência Médica em Medicina Intensiva ou Pediatria</b> concluída ou a concluir até <b>28/02/2025</b>	2	-	1	-	3	2	
Pediatria (R4) Neonatologia	<b>Residência Médica em Pediatria</b> concluída ou a concluir até <b>28/02/2025</b>	5	1	2	-	8	2	
Pediatria (R4) Neurologia Pediátrica	<b>Residência Médica em Neurologia ou Pediatria</b> concluída ou a concluir até <b>28/02/2025</b>	1	-	1	-	2	2	
Pediatria (R4) Pneumologia Pediátrica	<b>Residência Médica em Pneumologia ou Pediatria</b> concluída ou a concluir até <b>28/02/2025</b>	1	-	-	-	1	2	

\*Pessoa com Deficiência \*\*Negros \*\*\*Índigenas

## 5.VAGAS PARA AÇÕES AFIRMATIVAS

5.1. Entende-se por vagas para ações afirmativas a destinação de vagas específicas para concorrência entre candidatos/as negros/as (pretos/as e pardos/as), indígenas e Pessoas com Deficiência, cujo quantitativo é definido pela aplicação de um percentual fixado sobre o total de vagas oferecidas neste edital. A distribuição destas vagas é ato discricionário da coordenação do programa e foi definida para as áreas profissionais descritas.

5.1.1. Em conformidade com [Portaria Fiocruz nº 491, de 20 de setembro de 2021](#), as vagas destinadas às ações afirmativas, do presente Edital, seguem os seguintes percentuais do total de vagas: 20% para Negros, 3% para Indígenas, 7% para Pessoas com Deficiência.

5.1.2. Os/as candidatos/as que se declararem Pessoa com Deficiência ou que se autodeclararem negros [pretos e pardos] ou indígenas e que optarem pelas vagas destinadas às ações afirmativas, deverão realizar os procedimentos descritos neste Edital de Seleção. Esses/as candidatos/as concorrerão, concomitantemente, às vagas reservadas e às vagas destinadas à ampla concorrência, de acordo com a sua classificação no processo seletivo, e em igualdade de condições com os demais candidatos/as no que se refere ao conteúdo das provas, à avaliação e aos critérios de aprovação, ao horário, ao local de aplicação das provas e às notas mínimas exigidas, sem prejuízo do direito de requisição de condições especiais para a prova, conforme previsto no [Decreto Federal nº9.508/2018](#). Estes/as candidatos/as poderão se inscrever apenas para uma única modalidade de vagas de ações afirmativas, isto é: ou para as vagas reservadas à negros; ou para as vagas reservadas à indígenas; ou, para as vagas reservadas a Pessoas com Deficiência.

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

5.1.4. O critério de reserva de vagas será aplicado somente para fins de classificação e preenchimento de vagas ao final da seleção. As vagas das ações afirmativas serão preenchidas de acordo com a classificação final geral do conjunto de optantes desta categoria. A vaga reservada para as ações afirmativas que não for preenchida em razão do não atendimento aos critérios estabelecidos, nulidade da inscrição, reprovação na seleção ou por outros motivos administrativos ou legais, retornará para as vagas de ampla concorrência (AC).

5.1.5. O/a candidato/a que desejar concorrer às vagas reservadas aos/as

candidatos/as Negros/as (pretos/as e pardos/as) ou Indígenas deverá, no ato da inscrição, se autodeclarar preto/a, pardo/a ou indígena, conforme o quesito “cor ou raça” utilizado pela Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE.

5.1.6. Somente poderão concorrer às vagas destinadas aos/as candidatos/as que se declararem Pessoas com Deficiência e candidatos/as, que se autodeclararem Negros (pretos e pardos) ou Indígenas aqueles que, no ato da inscrição, apresentarem toda a documentação necessária ao Processo Seletivo e os formulários próprios preenchidos (Anexos 2 e 4).

5.1.7. Com relação ao procedimento complementar de heteroidentificação para o preenchimento das vagas relativas à autodeclaração dos/as candidatos/as negros/as, o presente edital tem como base a [Portaria FIOCRUZ nº 491, de 20 de setembro de 2021](#) e a [Portaria Normativa nº 4, de 10 de abril de 2018, do Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão](#), com as alterações regulamentadas pela [Portaria SGP/SEDGG/ME nº 14.635, de 14 de dezembro de 2021](#). Os/as candidatos/as que optarem pelas vagas destinadas às Ações Afirmativas (Pessoas com Deficiência, Negros – pretos e pardos - ou Indígenas) deverão preencher o formulário próprio (Rever a localização dos (Anexos 2 e 4).

**5.2.** O/a candidato/a que se autodeclarar Negro (preto e pardo) que optou por concorrer às vagas reservadas às Ações Afirmativas deste Edital, goza da presunção relativa de veracidade. Em concordância com a legislação vigente, a autodeclaração do/a candidato/a será confirmada mediante procedimento da Comissão de Heteroidentificação.

Em conformidade com a [Portaria Normativa nº 4, de 10 de abril de 2018, do Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão](#), com as alterações regulamentadas pela [Portaria SGP/SEDGG/ME nº 14.635, de 14 de dezembro de 2021](#), a comissão do processo de seleção deste Edital, designará no mínimo 3 (três) membros e seus suplentes, servidores públicos, contemplando os princípios de representatividade e diversidade de gênero, raça e cor para composição da Comissão de Heteroidentificação. **Estes membros serão escolhidos a partir da relação de integrantes da comissão de Heteroidentificação e Avaliação Biopsicossocial do IFF/Fiocruz nomeados na Portaria nº051/ de 11 de julho de 2024.**

5.2.1. O procedimento de heteroidentificação racial será filmado e sua gravação será utilizada na análise de eventuais recursos interpostos pelos/as candidatos/as.

**5.2.1.1. O/a candidato/a que recusar a realização da filmagem do procedimento para fins de heteroidentificação, nos termos do *caput*, será eliminado do processo seletivo, dispensada a convocação suplementar de candidatos/as não habilitados.**

**5.3.** A avaliação da Comissão de Heteroidentificação considerará os seguintes aspectos:

- a) A autodeclaração assinada pelo/a candidato/a (Anexo 4);
- b) O fenótipo do/a candidato/a verificado no momento da entrevista.

**5.3.1. O/a candidato/a que não comparecer ao procedimento de heteroidentificação será eliminado do concurso público, dispensada a convocação suplementar de candidatos/as não habilitados.**

5.3.2. O resultado da decisão da Comissão de Heteroidentificação será divulgado na data que consta no Cronograma.

**5.3.3. O/a candidato/a cuja autodeclaração não for confirmada em procedimento de heteroidentificação concorrerá às vagas destinadas à ampla concorrência.**

5.3.4. Discordando do resultado o/a candidato/a poderá interpor recurso no prazo estipulado por este edital.

5.3.5. O/a candidato/a poderá interpor recurso, uma única vez, e será avaliado pela Comissão Recursal de Heteroidentificação racial.

**5.3.6. Das decisões da Banca recursal não caberá novo recurso.**

**5.4.** Os/as candidatos/as que se autodeclararem indígenas, além de entregar a autodeclaração (Anexo4), que é obrigatória, poderão apresentar, de forma opcional, documentos complementares que reforcem a sua autodeclaração, como carta de comunidades ou associações indígenas.

**5.5.** Consideram-se **Pessoas com Deficiência** aquelas que se enquadram nas categorias relacionadas [no Decreto Federal nº 5.296/04](#) e suas alterações, e nas [Leis nº. 12.764/12](#) e [14.126/2021](#).

5.5.1. Para concorrer a uma das vagas reservadas às Pessoas com Deficiência, o/a candidato/a deverá, no ato da inscrição:

- (a) declarar-se Pessoa com Deficiência, preenchendo o formulário próprio (Anexo 2);
- (b) apresentar o Laudo Médico (original ou cópia autenticada) atestando a espécie e o grau, ou nível da deficiência, com expressa referência ao código correspondente da Classificação Internacional de Doenças (CID-10)

5.5.2. Os formulários e declarações constantes no item 5.5.1 (Anexo 2 e Anexo 3) deverão

ser impressos, preenchidos, datados, assinados e anexados através do *link* de inscrição (item 7.1.6), no período determinado no item 3 deste Edital (Cronograma do Processo Seletivo).

5.5.3. Os/as candidatos/as que se autodeclararem Pessoa com Deficiência, além de entregar a autodeclaração (Anexo 2) e o Laudo médico, que são obrigatórios, poderão apresentar, de forma opcional, laudo caracterizador da deficiência, emitido por Fisioterapeuta, Fonoaudiólogo, Psicólogo ou Terapeuta Ocupacional.

5.5.4. A relação dos/as candidatos/as que tiveram a inscrição deferida para concorrer na condição de Pessoas com Deficiência será divulgada de acordo com o calendário apresentado nesta Chamada Pública, no que prevê a Homologação das Inscrições.

5.5.5. De acordo com a legislação vigente, os/as candidatos/as que tiveram a inscrição indeferida –em virtude da não-apresentação da documentação completa exigida, para concorrer na condição de Pessoas com Deficiência - passarão, automaticamente, a concorrer nas vagas destinadas à Ampla Concorrência.

5.6. Em acordo com a Lei Brasileira de Inclusão ([Lei Federal nº 13.146/2015](#)), e a Nota Técnica nº 01/2022 da Fiocruz, a Pessoa com Deficiência, e com inscrição homologada, passará por uma Avaliação Biopsicossocial presencial, filmada - para fins de registro, e possíveis demandas recursais por parte do/a candidato/a - após sua aprovação na prova escrita conforme Cronograma deste Edital. A avaliação Biopsicossocial presencial, objetiva acolher o/a candidato/a identificando suas necessidades na trajetória na Residência.

5.7. Em conformidade com a [Portaria Normativa nº 4, de 10 de abril de 2018, do Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão](#), com as alterações regulamentadas pela [Portaria SGP/SEDGG/ME nº 14.635, de 14 de dezembro de 2021](#), a comissão do processo de seleção deste Edital, designará no mínimo 3 (três) membros e seus suplentes, servidores públicos, contemplando os princípios de representatividade e diversidade de gênero, raça e cor para composição da Comissão de Heteroidentificação. Estes membros serão escolhidos a partir da relação de integrantes da **comissão de Heteroidentificação e Avaliação Biopsicossocial do IFF/Fiocruz nomeados na Portaria nº051/ de 11 de julho de 2024 da Direção do IFF/Fiocruz**. A Comissão de Avaliação Biopsicossocial convocará os/as candidatos/as inscritos/as como Pessoa com Deficiência para uma avaliação, que tem como finalidade reconhecer as necessidades relativas às características do/a candidato/a que se autodeclarou e documentou sua deficiência, e avaliar como o Programa de Residência, na área específica de sua escolha, precisará atender ao seu Projeto Pedagógico Singular.

- 5.7.1. O Projeto Pedagógico Singular é construído, após o ingresso do residente, com vistas a planejar e acompanhar as adaptações do Projeto Político Pedagógico (PPP) da Residência, em face das necessidades do residente com deficiência, com destaque para melhor manejo do campo de prática, preceptoria e da frequência dos retornos das avaliações, a fim de criar canal de escuta, monitoramento e avaliação do processo educacional.
  - 5.7.2. Para a construção do Projeto Pedagógico Singular, referido no item 5.7.1, a coordenação do programa de residência, e da área específica do/a candidato/a aprovado/a como Pessoa com Deficiência, contará com o apoio do Comitê Fiocruz pela Acessibilidade e Inclusão da Pessoa com Deficiência.
  - 5.7.3. A adaptação das atividades nos campos de formação necessárias à aquisição de habilidades e competências exigidas para o exercício da especialidade escolhida pelo/a candidato/a com deficiência será desenvolvida no transcurso do seu programa de residência sob avaliação da preceptoria, tutoria e respectiva coordenação, a fim de se evitar ato de discriminação por parte da Administração Pública durante o processo seletivo.
  - 5.7.4. As adequações previstas no Projeto Pedagógico Singular não incluem diminuição da carga horária semanal ou da carga horária de plantão relativas ao programa de residência de acordo com a legislação vigente.
  - 5.7.5. As avaliações somativas e formativas previstas no decorrer do programa que resultarão na aprovação do progresso para o ano letivo seguinte e para a conclusão e certificação, incluindo todas as adaptações necessárias para o residente com deficiência, obedecerão aos mesmos critérios mínimos.
- 5.8.** O/a candidato/a cuja autodeclaração não for confirmada na banca de avaliação biopsicossocial, relativa às vagas para pessoas com deficiência, concorrerá às vagas destinadas à ampla concorrência.
- 5.9.** O resultado da decisão da Comissão de Avaliação Biopsicossocial será divulgado na data que consta no Cronograma.
- 5.9.1. Discordando do resultado o/a candidato/a poderá interpor recurso no prazo estipulado por este edital.
  - 5.9.2. O/a candidato/a poderá interpor recurso, uma única vez, e será avaliado pela Comissão Recursal de Avaliação Biopsicossocial.



5.9.3. Das decisões da Banca recursal não caberá novo recurso.

- 5.10.** Encerrado o prazo de inscrição, fica proibida qualquer inclusão ou exclusão de candidatos/as às vagas destinadas para ações afirmativas.
- 5.11.** Os procedimentos de inscrição para as vagas reservadas para ações afirmativas estão descritos no item 7 deste Edital (Inscrições).
- 5.12.** O não atendimento aos requisitos constantes no item 5 e seus subitens resultarão na não homologação da inscrição do/a candidato/a no processo seletivo às vagas reservadas para ações afirmativas.

## 6. REQUISITOS PARA INGRESSO NA RESIDÊNCIA MÉDICA

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

## 7. INSCRIÇÕES

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

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

7.1.2. 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" ou na opção "Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas – INI");
- e) **no subitem Classe**, clicar na opção do Programa de Residência Médica ao qual deseja se inscrever.

Observação: o acesso direto à área do SIGA-LS referente ao processo seletivo do presente Edital pode ser realizado também pelos endereços: SIGA - FIOCRUZ IFF (programas do IFF) e SIGA - FIOCRUZ INI (programa do INI) que será disponibilizado na forma de *link* nos seguintes locais: 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>).

7.1.3. Realizar a inscrição através do *link* que acessa o Formulário de Solicitação de Inscrição e optar por qual dos Programas de Residência Médica do IFF/Fiocruz ou INI/Fiocruz que deseja concorrer. Cada candidato/a poderá concorrer somente a um único programa.

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

7.1.5. Efetuar o pagamento da taxa de inscrição no valor de **R\$ 330,00** (trezentos e trinta reais) até o limite do prazo estabelecido no item 3 deste Edital (Cronograma do Processo Seletivo), através de depósito bancário, documento

de crédito (DOC), transferência eletrônica disponível (TED) ou PIX em favor do **Centro de Estudos Olinto de Oliveira (CEOO) S/C**, inscrito no **CNPJ 68.641.059/0001-00**, na seguinte conta: **Banco Itaú** (341): Agência nº 9272 - Flamengo, Conta Corrente nº 04486-9. (CHAVEPIX(CNPJ): 68.641.059/0001-00). **NÃO SERÁ ACEITO DEPÓSITO POR ENVELOPE.**

- 7.1.6. Após realizar a inscrição na plataforma SIGA-LS (acesso descrito no item 7.1.2) e efetuar o pagamento da taxa de inscrição (itens 7.1.4 e 7.1.5), preencher e enviar os documentos necessários para inscrição através do link: **IFF** - <https://redcap.link/residencia.medica> ou **INI** - <https://redcap.link/residenciamedica.iff.ini>

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

7.1.7. Documentos a serem anexados através do link citado no item 7.1.6:

- (a) **comprovante original** de pagamento da taxa de inscrição;
- (b) formulário de Solicitação de Inscrição **preenchido, datado e assinado.**

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

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

**7.2.** Não serão aceitas inscrições em caráter condicional.

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

**7.4.** O simples preenchimento da ficha de inscrição no sistema e o recolhimento da taxa de inscrição na agência bancária não efetiva a inscrição no presente Processo Seletivo. **A efetivação será confirmada através do recebimento do crédito do pagamento pela instituição bancária e do recebimento da documentação exigida no subitem 7.1.7 deste Edital**, dentro dos prazos estipulados no item 3 deste Edital (Cronograma do Processo Seletivo).

- 7.5.** A inscrição vale, para todo e qualquer efeito, como forma expressa de aceitação de todas as normas constantes no presente Edital, das quais o/a candidato/a não poderá alegar desconhecimento.
- 7.6.** 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.
- 7.7.** Não serão aceitas inscrições via fax, correio eletrônico, ficha de inscrição com assinatura escaneada, cópia ou por qualquer outra via que não especificada neste Edital, inclusive via pagamento virtual (conta individual).
- 7.8.** A taxa de inscrição não será devolvida em hipótese alguma, nem haverá parcelamento do seu valor.
- 7.9.** Ao/a candidato/a será atribuída total responsabilidade pelo correto preenchimento do Formulário de Solicitação de Inscrição, especialmente quanto ao Programa de Residência Médica pretendido.
- 7.10.** O/a candidato/a 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.
- 7.11.** A candidata que tiver necessidade de amamentar durante a realização das provas deverá observar as orientações contidas no subitem 9.24 deste Edital.
- 7.12.** A solicitação de condição especial para realização da prova, deverá ser anexada juntamente com a inscrição contendo uma exposição de motivos, acompanhada de atestado médico com assinatura e registro do profissional (original ou cópia autenticada em cartório) **até o último dia** (data da postagem) definido no cronograma contido no item 3 deste Edital (Cronograma do Processo Seletivo).
- 7.13.** Não serão concedidas condições especiais para a realização da prova ao/a candidato/a que não as solicitar no prazo mencionado.
- 7.14.** A solicitação de condições especiais para a realização da prova estará sujeita à análise de viabilidade e de razoabilidade e será atendida e a inscrição homologada obedecendo-se aos critérios do Centro de Estudos Olinto de Oliveira.
- 7.15.** O/a candidato/a poderá pleitear isenção da taxa de inscrição no período descrito no item 3 deste Edital (Cronograma do Processo Seletivo).
- 7.15.1. Para realização da inscrição com isenção do pagamento da taxa de inscrição, o candidato/a deverá preencher e assinar o requerimento padronizado para solicitação

de isenção de taxa de inscrição (ANEXO 5 deste Edital), no qual irá firmar declaração de hipossuficiência e ao qual será anexada cópia dos documentos comprobatórios da renda própria e de todos os membros da família maiores de dezesseis anos dos quais dependa economicamente, devendo os mesmos, serem anexados, junto à ficha de inscrição do/a candidato/a, através do *link* de inscrição (item 7.1.6).

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

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

7.15.3. Relação de documentos comprobatórios referentes ao item 7.15.2:

- a) no caso de empregados registrados: Carteira de Trabalho e Previdência Social (CTPS) – páginas que contenham fotografia, identificação e anotação do último contrato de trabalho e da primeira página subsequente em branco e com correspondente data de saída anotada do último contrato de trabalho e comprovante de rendimentos correspondente ao mês 09/2022;
- b) no caso de autônomos, além dos itens constantes neste edital, inclui-se declaração de próprio punho dos rendimentos correspondentes a contratos de prestação de serviço e Recibo de Pagamento Autônomo;
- c) no caso de desempregados, Carteira de Trabalho e Previdência Social (CTPS) – páginas que contenham fotografia, identificação e anotação do último contrato de trabalho e da primeira página subsequente em branco ou com correspondente data de saída anotada do último contrato de trabalho e comprovação de estar ou não

recebendo o seguro desemprego;

7.15.4. Além dos documentos necessários, à comprovação da renda própria e familiar, o/a candidato/a deverá enviar cópia dos seguintes documentos:

- a) documento de identidade do requerente;
- b) documento de identidade ou certidão de nascimento de todos os componentes do grupo familiar a que pertença o requerente;
- c) cadastro de Pessoa Física (CPF) do requerente e dos componentes do grupo familiar que o possuam;
- d) comprovante de residência (conta atualizada de luz, de água ou de telefone fixo, contendo o mesmo endereço indicado pelo/a candidato/a no Pedido de Inscrição);
- e) inscrição no Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal – CadÚnico de que trata o [Decreto Federal nº 6.135, e 26 de junho de 2007](#), devendo indicar o Número de Identificação Social – NIS, atribuído pelo CadÚnico;
- f) comprovar ser membro de família de baixa renda, nos termos do Decreto nº 6.135/2007;
- g) declaração de próprio punho, assinada com a composição da renda familiar (componentes com as respectivas rendas) caso não tenha, declaração assinada informando não ser dependente financeiramente de terceiros;
- h) declaração do/a candidato/a (Anexo 17) de que não custeou com recursos próprios curso preparatório para o processo seletivo para ingresso no Programa de Residência Médica a que se candidata;
- i) comprovante de que o/a candidato/a tenha sido egresso de instituição de ensino superior pública ou ter sido beneficiário de bolsa de estudo oficial.

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

7.15.6. Serão desconsiderados os pedidos de isenção de pagamento de taxa de inscrição ao/a candidato/a que:

- a) omitir informações e/ou torná-las inverídicas;

- b) não apresente toda a documentação prevista;
  - c) fraudar e/ou falsificar documentação;
  - d) pleitear a isenção sem apresentar cópia dos documentos indicados neste Edital, mesmo que tenha preenchido o Pedido de Isenção via internet;
  - e) deixar de entregar o requerimento e declaração indicados no ANEXO 5 devidamente preenchido, assinado, juntamente com a documentação comprobatória especificada e prazos definidos no Edital.
- 7.15.7. Expirado o prazo para inscrição, não será permitida a complementação da documentação enviada.
- 7.15.8. Cada pedido de isenção e a respectiva documentação comprobatória de hipossuficiência econômica será analisado e julgado pela Comissão Organizadora do Processo de Seleção das Residências em Saúde do IFF/Fiocruz-.
- 7.15.9. No caso de emprego de fraude pelo/a candidato/a beneficiado/a pela isenção da taxa de inscrição, serão adotados os procedimentos indicados art. 10 do [Decreto Federal nº 83.936, de 6 de setembro de 1979](#) e se confirmada a presença de ilícito, fica o/a candidato/a imediatamente excluído do processo seletivo, notificando-se o Ministério Público.
- 7.15.10. A resposta às solicitações de isenção de taxa de inscrição será divulgada na data definida no item 3 deste Edital (Cronograma do Processo Seletivo), na internet no SIGA-LS da Fiocruz (acesso descrito no subitem 7.1.2 deste Edital).
- 7.15.11. O/a candidato/a que tiver isenção deferida deverá proceder à inscrição até a data final do período descrito no item 3 deste Edital (Cronograma do Processo Seletivo).
- 7.15.12. O/a candidato/a cujo pedido de isenção da taxa de inscrição for indeferido, deverá realizar, caso haja interesse, o depósito bancário nos procedimentos e prazos previstos nesse Edital.
- 7.15.13. Somente o deferimento do pedido de isenção da taxa de inscrição não garante a inscrição no Processo Seletivo, visto que os/as candidatos/as cuja isenção tiver sido deferida, deverão proceder à inscrição no período, termos, prazos e condições indicadas no Edital, estando isento do pagamento da taxa de inscrição. A declaração falsa sujeitará o/a candidato/a às sanções previstas em lei, aplicando-se, ainda, o disposto no parágrafo único art. 10 do [Decreto Federal nº 83.936, de 6 de setembro de 1979](#) .
- 7.15.14. O Centro de Estudos Olinto de Oliveira não se responsabiliza por solicitação de



inscrição não recebida por motivos de ordem técnica dos computadores, falhas de comunicação, bem como fatores que impossibilitem a transferência de dados.

7.15.15. A documentação apresentada para fins de isenção do pagamento da taxa de inscrição valerá somente para esta seleção pública, não podendo ser devolvida ou dela ser fornecida cópia. A relação dos/as candidatos/as com pedidos de isenção Deferidos e Indeferidos será disponibilizada na internet, no SIGA-LS da Fiocruz (acesso descrito no subitem 7.1.2 deste Edital), no período descrito no item 3 deste Edital (Cronograma do Processo Seletivo).

7.15.16. O/a candidato/a que tiver seu pedido de isenção indeferido e não efetuar sua inscrição conforme os procedimentos contidos neste edital, não será considerado inscrito no processo seletivo.

7.15.17. Os documentos listados no subitem 7.15.3 e 7.15.4 devem ser anexados, no ato da inscrição, no prazo descrito no item 3 deste Edital (Cronograma do Processo Seletivo), através do link de inscrição (item 7.1.6). Expirado o referido prazo, não será permitida a complementação dos documentos enviados.

7.15.18. As respostas quanto ao deferimento dos pedidos serão divulgadas no prazo, horário e local descritos no item 3 deste Edital (Cronograma do Processo Seletivo).

7.15.19. O/a candidato/a que tiver seu pedido de isenção indeferido e não efetuar sua inscrição conforme os procedimentos contidos no subitem 7.1 deste Edital, não será considerado inscrito no processo seletivo.

7.15.20. Somente para os/as candidatos/as que não consigam emitir o comprovante de inscrição no sistema do Cad Único do Governo Federal, **em razão de falhas técnicas deste por parte da Administração Municipal** do seu domicílio de residência, estes poderão apresentar de forma alternativa a declaração de isento de imposto de renda da Receita Federal do Brasil

– RFB (disponível em: <https://www.gov.br/receitafederal/pt-br/centrais-de-conteudo/formularios/declaracoes/dai/view> ).

a) A apresentação da declaração de isento de imposto de renda da RFB terá efeitos temporários para fins de garantia de isenção da taxa de inscrição no presente processo seletivo, ou seja, até que possa ser substituída em definitivo pelo comprovante de inscrição no Cad Único.

b) O/a candidato/a deverá apresentar seu comprovante de inscrição no Cad Único no prazo máximo da data prevista para divulgação da homologação das inscrições

(item 3 deste Edital (Cronograma do Processo Seletivo)).

- c) No caso dos/as candidatos/as que apresentarem a declaração de isento de imposto de renda RFB e, porventura, tiverem negado seu pedido de inscrição no Cad Único do Governo Federal, estes candidatos/as terão de pagar a taxa de inscrição deste processo seletivo.
- d) Nos casos citados no item anterior, o/a candidato/a terá de efetuar o pagamento da taxa de inscrição no valor, procedimentos e prazos estabelecidos neste Edital.
- e) A não realização de qualquer uma das etapas descritas anteriormente implicará na não homologação da inscrição do/a candidato/a.
- f) O resultado da homologação destas inscrições será publicado conforme informado no cronograma deste edital.

7.15.21. Candidatos/as que concluíram ou concluirão o Programa de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade até o dia 28 de fevereiro de 2025, tendo iniciado o Programa a partir de 2015, terão direito a 10% de bonificação para ingresso em Programas de Residência de acesso direto e deverão informar esta situação no ato da inscrição, através de documento impresso, para que seja efetuada a creditação da bonificação que vierem a fazer jus.

7.15.22. Comprovante de doadores de medula óssea em entidades reconhecidas pelo Ministério da Saúde, conforme a [Lei nº 13.656, de 30 de abril de 2018](#).

**7.16.** As inscrições efetivadas após a confirmação do depósito bancário da taxa de inscrição e entrega dos documentos mencionados no item 7.1.7 deste Edital, serão analisadas com vistas à homologação e essa informação estará na data, horário e local constantes no item 3 deste Edital (Cronograma do Processo Seletivo).

7.16.1. O resultado da homologação citada no item 7.19 será disponibilizado no SIGA-LS da Fiocruz (acesso descrito no subitem 7.1.2 deste Edital).

**7.17.** Somente candidatos/as com inscrição homologada serão considerados inscritos.

**7.18.** No caso de dúvidas quanto à não homologação, o/a candidato/a 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 3 deste Edital (Cronograma do Processo Seletivo).

7.18.1. O resultado dos recursos citados no item 7.21 será disponibilizado no SIGA-LS da Fiocruz (acesso descrito no subitem 7.1.2 deste Edital).

**7.19.**O/a candidato/a inscrito/a na vaga para Pessoa 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).

7.19.1. Para fins de comprovação, o/a candidato/a inscrito/a para concorrer a uma das vagas reservadas a Pessoas com Deficiência deverá incluir no ato de inscrição um laudo médico, assinado e com o CRM do médico especialista, atestando a espécie e o grau ou nível da deficiência, com expressa referência ao código correspondente da Classificação Internacional de Doenças (CID-10). Os/as candidatos/as inscritos/as na vaga para Pessoa com Deficiência poderão solicitar até 1 (uma) hora de acréscimo para resolução das questões.

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

(a) Prova ampliada: indicada para candidatos/as 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/as 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/a candidato/a o transcritor de respostas;

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

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

(f) Fácil acesso: pessoas com dificuldades de se movimentar em decorrência da

redução da mobilidade, flexibilidade, coordenação motora e/ou percepção terão direito a um local de prova com acessibilidade, inclusive mobiliário adequado e proximidade dos banheiros para PcD.

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

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

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

(j) Mobiliário acessível: indicado para pessoas usuárias de cadeira de rodas 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.

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

**7.19.4. O não atendimento aos requisitos constantes no item 7.22 e seus subitens resultarão na não homologação da inscrição do/a candidato/a no processo seletivo às vagas reservadas para pessoas com essa condição.**

**7.20.** Para concorrer às vagas reservadas à negros (pretos e pardos)/indígenas, o/a candidato/a deverá preencher a autodeclaração das respectivas concorrências (Anexo 4).

7.20.1. Esta declaração deverá ser impressa, preenchida, datada, assinada e anexada à inscrição no período determinado no item 3 deste Edital (Cronograma do Processo Seletivo).

**7.21.** A candidata em período de lactação deverá preencher 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.

7.21.1. 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 18 deste Edital (Calendário Geral).

7.21.2. 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.

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

7.21.4 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) .

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

**7.23.** 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.

O/A candidato/a que no dia da prova estiver apresentando qualquer tipo de sintoma respiratório deverá utilizar máscara como requisito de boas práticas para controle sanitário de doenças transmissíveis em ambientes coletivos. Entretanto, esse item não será considerado como obrigatório.

## 8. PROVAS

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

8.2. Etapa única (eliminatória e classificatória)

ESPECIALIDADES – R1	DURAÇÃO	VAGAS/ANO	PARECER DE RECRENCIAMENTO
Genética Médica	3 anos	2	CNRM nº 772/2019
Obstetrícia e Ginecologia	3 anos	8	CNRM nº 335/2015
Pediatria	3 anos	12	CNRM nº 329/2015
Infectologia (INI)	3 anos	8	CNRM nº 386/2021

8.3. Para as especialidades de R1: prova objetiva tipo múltipla escolha, com 50 questões, todas com o mesmo valor, contendo 05 (cinco) alternativas e admitindo uma única alternativa como correta, valendo 100 pontos, versando sobre as áreas básicas de Clínica Médica, Cirurgia Geral, Pediatria, Obstetrícia/Ginecologia e Medicina Preventiva e Social (10 questões por área).

ÁREAS DE ATUAÇÃO DA PEDIATRIA – R4	DURAÇÃO	VAGAS/ANO	PARECER DE RECRENCIAMENTO
Alergia e Imunologia Pediátrica	2 anos	3	CNRM nº 833/2013
Infectologia Pediátrica	2 anos	2	CNRM nº 841/2013
Medicina Intensiva Pediátrica	2 anos	3	CNRM nº 334/2015
Neonatologia	2 anos	7	CNRM nº 444/2017
Neurologia Pediátrica	2 anos	2	CNRM nº 331/2015
Pneumologia Pediátrica	2 anos	1	CNRM nº 911/2013

8.4. Para as especialidades de R4 da Pediatria: prova objetiva tipo múltipla escolha, com 50 questões, todas com o mesmo valor, contendo 05 (cinco) alternativas e admitindo uma única alternativa como correta, valendo 100 pontos, versando sobre Pediatria.

ESPECIALIDADES R1	DURAÇÃO	VAGAS/ANO	PARECER DE RECRENCIAMENTO
Cirurgia Pediátrica	3 anos	2	CNRM nº 330/2015

- 8.5. Para as especialidades de R1 da Cirurgia Pediátrica: prova objetiva tipo múltipla escolha, com 50 questões, todas com o mesmo valor, contendo 05 (cinco) alternativas e admitindo uma única alternativa como correta, valendo 100 pontos, versando sobre Cirurgia Geral.
- 8.6. **Serão considerados aprovados na Etapa única – Prova Objetiva Múltipla Escolha, os/as candidatos/as que obtiverem um percentual de pontos igual ou superior a 50% da média aritmética das cinco maiores notas (com aproximação até décimos), mesmo que sejam iguais, em cada programa.**
- 8.7. O/a candidato/a que faltar a etapa será eliminado da seleção.
- 8.8. A classificação final será obtida pela nota (total de pontos) da prova de escolha múltipla, de acordo com a prova realizada, somada à bonificação de pontos obtida pelo/a candidato/a que participa ou participou do Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB), ou tenha concluído ou esteja em fase de conclusão do Programa de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade, ou do Programa Brasil Conta Comigo, de acordo com os critérios definidos pela CNRM à época da inscrição no Processo Seletivo para os/as candidatos/as não eliminados.
- 8.9. **ATENÇÃO: A bonificação atribuída à participação nestes Programas não será cumulativa. Somente serão considerados os pontos referentes às bonificações dos/as candidatos/as que, no momento da inscrição, manifestaram interesse em utilizá-los, conforme definido nos itens 7.16 e 7.17 deste Edital.**

## 9. REALIZAÇÃO DA PROVA OBJETIVA (ETAPA ÚNICA)

- 9.1. A prova objetiva será realizada nas datas, horários e locais constantes no item 3 deste Edital (Cronograma do Processo Seletivo), cujo tempo total destinado para realização da prova objetiva será de 3 (três) horas para todas as especialidades e níveis de Residência (R1 e R4).
- 9.2. A data prevista para realização da prova poderá ser alterada mediante aviso publicado no SIGA- LS da Fiocruz (acesso descrito no subitem 7.1.2 deste Edital), até 48h antes da data prevista.
- 9.3. **OS HORÁRIOS DE TODAS AS PROVAS SERÃO OBEDECIDOS RIGOROSAMENTE. NÃO SERÁ ADMITIDO INGRESSO DE CANDIDATO/A AO LOCAL DE REALIZAÇÃO DA PROVA APÓS O HORÁRIO FIXADO PARA SEU INÍCIO. OS PORTÕES DA FACULDADE FACHA SERÃO FECHADOS IMPRETERIVELMENTE ÀS 8h30 PARA REALIZAÇÃO DA ETAPA ÚNICA.**
- 9.4. As questões da prova obedecerão às referências bibliográficas indicadas no Anexo 1.
- 9.5. O/a candidato/a 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.
- 9.6. **Não serão aceitos para fins de identificação do/a candidato/a a apresentação de fotocópias (tipo Xerox®) ou mesmo de protocolos de documentos com ou sem foto.**
- 9.7. Os documentos deverão estar em boas condições, de forma a permitirem a identificação do/a candidato/a com clareza.
- 9.8. Serão considerados para fins de identificação os seguintes documentos oficiais de identidade:
- a) carteiras expedidas pelos Ministérios Militares, Polícias Militares ou Corpos de Bombeiros Militares;
  - b) carteira de Identidade Profissional expedida pelo CREMERJ;
  - c) passaporte;
  - d) certificado de Reservista;
  - e) carteiras funcionais do Ministério Público e da Magistratura;



- f) carteiras funcionais expedidas por órgão público (que por Lei Federal sejam válidas, como identidade);
- g) Carteira de Trabalho;
- h) Carteira Nacional de Habilitação (somente o modelo atual que contém foto);
- i) Documento Nacional de identidade (RG).

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

**9.10.** Os/as candidatos/as serão identificados através do respectivo documento original de identidade conforme definido no subitem 9.9 deste Edital.

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

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

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

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

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

- 9.16.** Por motivo de segurança, os/as candidatos/as só poderão ausentar-se definitivamente do recinto das provas após uma hora decorrida a partir do efetivo início da mesma.
- 9.17.** O caderno da prova poderá ser levado somente após 2 (duas) horas decorridas a partir do efetivo início da prova.
- 9.18.** Ao término da prova, o/a candidato/a deverá entregar obrigatoriamente ao fiscal de sala:
- o caderno de prova, se o mesmo se ausentar da sala reservada para a prova antes do limite de tempo estabelecido no [subitem 9.17 deste Edital](#);
  - o cartão resposta, após o limite mínimo de tempo estabelecido no [subitem 9.16 deste Edital](#).
- Observação: O/a candidato/a que não devolver os documentos nos termos do presente subitem será liminarmente eliminado do processo seletivo.
- 9.19.** Ao final da prova, os 3 (três) últimos/as candidatos/as de cada sala deverão permanecer juntos na mesma e assinarão a “Ata de Ocorrências”, atestando a probidade dessa etapa do processo seletivo.
- 9.20.** Não haverá, qualquer que seja o motivo alegado, prorrogação do tempo previsto para a aplicação da prova, salvo se solicitado por candidatos/as com deficiência (até 01 (uma) hora de prorrogação PcD) ou lactantes (30 minutos).
- 9.21.** Será atribuída nota zero à questão que, no cartão resposta:
- não apresentar uma opção claramente assinalada (que esteja em branco);
  - que contiver mais de uma opção assinalada;
  - apresentar emenda ou rasura, ainda que legível;
  - com campo de marcação não preenchido integralmente.
- 9.22.** O/a candidato/a que porventura for flagrado pelos fiscais não observando o disposto nos subitens:
- 9.14 a 9.19, 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/a candidato/a se negue a assinar o referido termo, o fato será relatado na “Ata de Ocorrências” e assinado pelos últimos/as candidatos/as da sala, pelos fiscais de prova e pelo coordenador da referida Comissão Organizadora.
- 9.23.** A candidata que tiver necessidade de amamentar durante a realização das provas terá que levar um acompanhante, que permanecerá em sala reservada para essa finalidade e será responsável pela guarda da criança.

- 9.23.1. Para fins de cumprimento no disposto neste subitem, a candidata deverá manifestar, por e-mail junto à empresa organizadora do processo seletivo, o seu interesse em exercer esse direito até o 5º (quinto) dia útil antes da data da prova. Será responsabilidade da empresa organizadora do processo seletivo prover a adequação no local de prova de espaço físico próprio, infraestrutura e fiscalização.
- 9.23.2. O direito de amamentar será ofertado à candidata nutriz cujo filho tenha até 6 (seis) meses de idade no dia da realização de prova deste processo seletivo, cuja comprovação se dará pela apresentação da respectiva certidão de nascimento no ato da manifestação prevista no subitem anterior e, também, no dia da prova.
- 9.23.3. No dia da prova, a candidata indicará 1 (uma) pessoa acompanhante que será a responsável pela guarda da criança durante o período necessário. A pessoa acompanhante somente terá acesso ao local das provas até o horário estabelecido para fechamento dos portões e ficará com a criança em sala reservada para essa finalidade, próxima ao local de aplicação das provas. A pessoa acompanhante terá sua entrada no local de prova autorizada mediante identificação por meio de documento original de identidade oficial com foto, conforme disposto no item 9.8 deste Edital.
- 9.23.4. A amamentação se dará quando necessária, a cada intervalo de 1 (uma) hora, por até 30 (trinta) minutos, por filho. Nesse momento a candidata não terá a companhia do acompanhante, mas sim de um fiscal.
- 9.23.5. O tempo despendido na amamentação será compensado durante a realização da prova, em igual período, com o máximo de 30 minutos. A candidata que não levar acompanhante, que este não tenha documento de identificação ou não consiga chegar ao local das provas até o horário estabelecido para fechamento dos portões, não realizará a prova.
- 9.24.** A solicitação de condição especial para realização da prova, deverá ser anexada juntamente com a inscrição contendo uma exposição de motivos, acompanhada de atestado médico com assinatura e registro do profissional (original ou cópia autenticada em cartório) emitido nos últimos 90 (noventa) dias antes do início das inscrições, até o último dia definido no cronograma contido no item 3 deste Edital (Cronograma do Processo Seletivo).
- 9.25.** Não serão concedidas condições especiais para a realização da prova ao/a candidato/a que não as solicitar no prazo mencionado.
- 9.26.** 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.

**9.27.** Os/as candidatos/as 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/a candidato/a nas salas e espaços da prova não será cobrado em caráter obrigatório.

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

## 10. DIVULGAÇÃO DO GABARITO E DOS RECURSOS

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

10.1.1. **O gabarito preliminar citado no item 10.1 será disponibilizado no SIGA-LS da Fiocruz (acesso descrito no subitem 7.1.2 deste Edital).**

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

10.2.1. Acessar pela internet o SIGA-LS da Fiocruz (acesso descrito no subitem 7.1.2 deste Edital).

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

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

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

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

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

10.2.4. Após imprimir e preencher corretamente todos os campos do Formulário de Solicitação de Recurso e efetuar o pagamento da taxa de recursos (itens 10.2.2 e 10.2.3), preencher e enviar os documentos necessários para solicitação de recurso através do link que será enviado em documento próprio conforme descrito no Cronograma deste edital.

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

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

**10.3.** Não serão aceitas interposições de recursos enviadas por outras formas não especificadas no subitem 10.2.4 deste Edital, como por exemplo fax, correio eletrônico, telegrama, dentre outras.

**10.4.** Será indeferido liminarmente o recurso que:

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

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

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

**10.7.** O gabarito final após análise dos recursos e o resultado dos recursos serão disponibilizados no SIGA-LS da Fiocruz (acesso descrito no subitem 7.1.2 deste Edital).

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

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

## 11. RESULTADO FINAL

**11.1.** Os resultados da Etapa Única (Provas Objetivas para R1 e R4) serão divulgados em listagem nominal dos/as candidatos/as, relacionados/as por ordem decrescente de nota, divididos de acordo com o Programa de Residência Médica para o qual se inscreveram, na data, local e horário constantes no item 3 deste Edital (Cronograma do Processo Seletivo).

**11.1.1.** **O resultado da Etapa Única citado no item 11.1 será disponibilizado no SIGA-LS da Fiocruz (acesso descrito no subitem 7.1.2 deste Edital).**

**11.2.** Será considerado selecionado o/a candidato/a que tiver sua classificação dentro do número de vagas previstas neste edital, conforme o item 4 (Programas Oferecidos).

**11.3.** Será elaborada uma única listagem por ordem de classificação, por especialidade

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

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

**11.6.** Os resultados não serão divulgados por telefone.

## 12. CRITÉRIOS DE DESEMPATE

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

### 12.1.1. **Para os Programas de Residência Médica (R1) em Genética Médica, Pediatria, e Obstetrícia e Ginecologia (IFF):**

**1º Critério de Desempate:** quem obtiver maior número de acertos nas questões da área básica da sua especialidade obedecendo aos seguintes critérios:

- para Pediatria: maior número de acertos em Pediatria
- para Obstetrícia e Ginecologia: maior número de acertos em Obstetrícia e Ginecologia
- para Genética: maior número de acertos em Clínica Médica

**2º Critério de Desempate:** o/a candidato/a que obtiver o maior número de acertos nas questões de Medicina Preventiva e Social.

**3º Critério de Desempate:** idade mais elevada, considerando ano, mês, dia e horário de nascimento.

**4º Critério de Desempate:** permanecendo o empate, o desempate será efetuado respeitando- se o número de pontos obtidos nas áreas ainda não contempladas nos critérios anteriores, na sequência abaixo:

- 1º Clínica Médica;
- 2º Pediatria;
- 3º Ginecologia/Obstetrícia;
- 4º Cirurgia Geral

### 12.1.2. **Para os Programas de Residência Médica em áreas de atuação da Pediatria (R4) do IFF**

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

### 12.1.3. **Para o Programa de Residência Médica em Cirurgia Pediátrica (IFF)**

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

### 12.1.4. **Para o Programa de Residência Médica em Infectologia (INI)**

**1º Critério de Desempate:** quem obtiver a maior número de acertos nas questões da área básica em Clínica Médica.

**2º Critério de Desempate:** o/a candidato/a que obtiver o maior número de acertos nas questões de Medicina Preventiva e Social.

**3º Critério de Desempate:** permanecendo o empate, o desempate será efetuado



respeitando-se o número de pontos obtidos nas áreas ainda não contempladas nos critérios anteriores, na sequência abaixo:

1º - Pediatria;

2º - Ginecologia/Obstetrícia;

3º - Cirurgia Geral.

**4º Critério de Desempate:** idade mais elevada, considerando ano, mês, dia e horário de nascimento.

### 13. MATRÍCULA

**13.1.** Os/as candidatos/as do Instituto Nacional da Criança da Mulher e do Adolescente Fernandes Figueira – IFF deverão fazer obrigatoriamente no ato da matrícula, o *upload* os documentos a seguir junto aos formulários completamente preenchidos e assinados que constam nos Anexos 8 (R1), 9 (R4), 11, 12, 13, 14 e 16, no link de matrícula que será enviado para o/a candidato/a no e-mail cadastrado no ato da inscrição.

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

**DocA\_Nome\_Sobrenome\_foto3x4.jpeg/bmp** (exemplo:  
**DocA\_Joao\_Silva\_foto3x4.jpeg);**

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

**DocB\_Nome\_Sobrenome\_RG.pdf (exemplo: DocB\_Joao\_Silva\_RG.pdf);**

**(c) 1 (uma) cópia** da Certidão de Inscrição no Cadastro de Pessoa Física (CPF).

Candidatos/as que não possuem a referida certidão em meio físico podem imprimi-la diretamente a partir dosite da

Receita Federal do Brasil do Ministério da  
Fazenda

(<https://servicos.receita.fazenda.gov.br/Servicos/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/a casado/a **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 (<https://www.tse.jus.br/servicos-eleitorais/certidoes/certidao-de-quitacao-eleitoral>), com data de emissão não superior a 30 (trinta) dias antes do início do prazo de matrícula **digitalizada por impressão do referido *site* em arquivo no formato PDF e resolução de 300 dpi preto e branco (ou escala de cinza), nomeado da seguinte forma:**

**DocF\_Nome\_Sobrenome\_QUITACAO\_ELEITORAL.pdf**

(exemplo: **DocF\_Joao\_Silva\_QUITACAO\_ELEITORAL.pdf**);

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

**DocG\_Nome\_Sobrenome\_QUITACAO\_MILITAR.pdf**

(exemplo:

**DocG\_Joao\_Silva\_QUITACAO\_MILITAR.pdf**);

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

**DocH\_Nome\_Sobrenome\_CREMERJ.pdf** (exemplo: **DocH\_Joao\_Silva\_CREMERJ.pdf**);

(i) **1 (uma) cópia (frente e verso)** do Diploma do curso de Graduação em Medicina fornecida por Instituição de Ensino reconhecida pelo Ministério da Educação, com previsão de conclusão de Curso de Graduação em Medicina para até, no máximo, 28/02/2023 (candidato/a brasileiro/a graduado/a no exterior deverá apresentar diploma de graduação em Medicina, revalidado em universidade pública brasileira ou certificado de aprovação no Revalida) **digitalizada em**

**arquivo no formato PDF e resolução de 300 dpi preto e branco (ou escala de cinza), nomeado da seguinte forma:**

**DocI\_Nome\_Sobrenome\_DIPLOMA\_GRADUACAO.pdf**

(exemplo: **DocI\_Joao\_Silva\_DIPLOMA\_GRADUACAO.pdf**);

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

**DocJ\_Nome\_Sobrenome\_VISTO\_PERMANENCIA.pdf**

(exemplo: **DocJ\_Joao\_Silva\_VISTO\_PERMANENCIA.pdf**);

(k) Certidão do Número de Identificação Social-NIS (NIT/PIS/PASEP), emitida no site do Cadastro Nacional de Informações Sociais - CNIS, menu “Inscrição”, opção “Filiado”

(<https://cnisnet.inss.gov.br/cnisinternet/faces/pages/inscricao/filiado/identificar.xhtml>)

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

**DocK\_Nome\_Sobrenome\_NIS.pdf (exemplo: DocK\_Joao\_Silva\_NIS.pdf);**

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

**DocL\_Nome\_Sobrenome\_AUTORIZACAO\_CREMERJ.pdf (exemplo:**

**DocL\_Joao\_Silva\_AUTORIZACAO\_CREMERJ.pdf);**

(m) Comprovante de conta salário vinculada à uma conta corrente com titularidade exclusiva do/a candidato/a. **Para o processamento dos pagamentos de bolsa, a conta salário e corrente deverão ser, necessariamente, em uma das instituições bancárias credenciadas (001- BANCO DO BRASIL, 033-SANTANDER, 237-BRADESCO, 341- ITAÚ e 104-CAIXA**

**ECONÔMICA FEDERAL).** Essa informação será aceita somente mediante apresentação de documento emitido pela gerência da instituição financeira na qual o/a candidato/a possui conta, ou, pela cópia legível do cartão do banco na qual devem constar, além do nome do banco e do/a candidato/a, os números da agência e da conta salário e corrente (não será aceita conta em banco digital/virtual) **digitalizada em arquivo no formato PDF e resolução de 300 dpi** preto e branco (ou escala de cinza), nomeado da seguinte forma:

**DocM\_Nome\_Sobrenome\_CONTA\_SALARIO.pdf**

**DocM\_Nome\_Sobrenome\_CONTA\_CORRENTE.pdf**

**(exemplo: DocM\_Joao\_Silva\_CONTA\_SALARIO.pdf;**

**(exemplo: DocM\_Joao\_Silva\_CONTA\_CORRENTE.pdf);**

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

**DocN\_Nome\_Sobrenome\_COMPROVANTE\_RESIDENCIA.pdf**

**(exemplo:**

DocN\_Joao\_Silva\_COMPROVANTE\_RESIDENCIA.pdf);1 (uma) cópia da caderneta de Vacinação do Adulto ou Cópia da carteira de vacinação atualizada (Anexo 6) e/ou Termo de Responsabilidade por sua não apresentação ou pela ausência da comprovação de alguma vacina constante de esquema vacinal (Anexo 7) digitalizada em arquivo no formato PDF e resolução de 300 dpi preto e branco (ou escalade cinza), nomeado da seguinte forma:

DocO\_Nome\_Sobrenome\_CADERNETA\_VACINACAO.pdf

DocO\_Nome\_Sobrenome\_TERMO\_RESPONSABILIDADE.pdf

(exemplo: DocO\_Joao\_Silva\_CADERNETA\_VACINACAO.pdf);

(exemplo: DocO\_Joao\_Silva\_TERMO\_RESPONSABILIDADE.pdf);

(o) 1 (uma) cópia do certificado ou apólice e comprovante de pagamento do seguro de acidentes pessoais referente ao período de realização do Programa de Residência. Este documento é de responsabilidade do Médico-Residente que deverá apresentar os documentos digitalizados 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 E COMPROVANTE PGTO.pdf

(exemplo: DocP\_Joao\_Silva\_SEGURO E COMPROVANTE PGTO.pdf);

(p) Formulários para Efetivação da Matrícula no IFF/Fiocruz, disponíveis nos Anexos 8 (Formulário de matrícula IFF R1), 9 (Formulário de matrícula IFF R4), 11 (Termo de compromisso), 12 (Formulário de cadastro profissional), digitalizados em arquivo no

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

DocQ\_Nome\_Sobrenome\_FORMULARIO\_MATRICULA.pdf

DocQ\_Nome\_Sobrenome\_TERMO\_COMPROMISSO.pdf

DocQ\_Nome\_Sobrenome\_FORMULARIO\_ABSOLUTE.pdf

(exemplo: DocQ\_Joao\_Silva\_FORMULARIO\_MATRICULA.pdf);

(exemplo: DocQ\_Joao\_Silva\_TERMO\_COMPROMISSO.pdf);

(exemplo: DocQ\_Joao\_Silva\_FORMULARIO\_ABSOLUTE.pdf);

(q) Declaração de veracidade conforme a [Lei Federal nº 12.726 de 08 de outubro de 2018](#), (disponível no Anexo 13) digitalizada em arquivo no formato PDF e resolução

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

DocR\_Nome\_Sobrenome\_DECLARACAO\_VERACIDADE.pdf (exemplo:

**DocR\_Joao\_Silva\_DECLARACAO\_VERACIDADE.pdf);**

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

**DocS\_Nome\_Sobrenome\_TERMO\_CONSENTIMENTO.pdf (exemplo:**

**DocS\_Joao\_Silva\_TERMO\_CONSENTIMENTO.pdf);**

**(s) Termo de Renúncia – Alojamento com base na Lei nº 6.932/81, art. 4º, § 1º (disponível no Anexo 16) digitalizado em arquivo no formato PDF e resolução de 300 dpi preto e branco (ou escala de cinza), nomeado da seguinte forma:**

**DocT\_Nome\_Sobrenome\_TERMO\_RENUNCIA\_ALOJAMENTO.pdf**

**(exemplo: DocT\_Joao\_Silva\_TERMO\_RENUNCIA\_ALOJAMENTO.pdf);**

### **13.2. Para candidatos/as do Instituto Nacional em Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira:**

13.2.1. Os/as candidatos/as dos Programas de área de atuação em Pediatria (R4) e Cirurgia Pediátrica (R1) do Instituto Nacional da Criança da Mulher e do Adolescente Fernandes Figueira – IFF: deverão apresentar também obrigatoriamente no ato da matrícula além dos formulários completamente preenchidos e assinados que constam nos Anexos 8, 9, 11, 12, 13 e 14 e dos documentos citados no item 13.1 deste Edital, o seguinte documento:

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

**DocA\_Nome\_Sobrenome\_CERTIFICADO\_PRE-REQUISITO.pdf**

**(exemplo: DocA\_Joao\_Silva\_CERTIFICADO\_PRE-REQUISITO.pdf);**

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

13.2.3. **O/a candidato/a que não atender aos requisitos estabelecidos para o ato de matrícula, inclusive os descritos no item 13.3 deste edital e referentes aos dias e horários estabelecidos para envio dos documentos de matrícula será**

**considerado desistente, perdendo o direito à vaga.** Neste caso, ocorrerá a imediata reclassificação.

**13.3.** Todos os documentos descritos no item 13.1 e seus respectivos subitens deverão ser digitalizados e carregados (submetidos por meio de *upload*) através do link de matrícula que será enviado para o email do candidato.

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

13.3.2. O acesso ao formulário online expirará à 23h59 do prazo constante no item 3 deste Edital (Cronograma do Processo Seletivo), 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 a verificação do recebimento na sua caixa de correio do e-mail com link para acesso, inclusive quanto à possibilidade do mesmo ter sido encaminhado equivocadamente para a caixa de spam do seu correio eletrônico.

13.3.5. O/a candidato/a deverá ler, preencher e assinar o termo constante do Anexo 13 deste Edital no qual o mesmo declarará, sob as penas previstas na Lei Federal nº 12.726 de 08 de outubro de 2018, que as informações e os documentos apresentados listados no item

13.1 do edital do 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 12.709 de 14 de agosto de 2018, o/a candidato/a deverá ler, preencher e assinar o termo constante do Anexo 14 deste Edital no qual o mesmo atestará consentimento para tratamento dos seus dados pessoais documentos apresentados listados no item 13.1 do edital do concurso e requeridos para fins de sua matrícula no Programa de Residência.

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.

### **13.4. Para candidatos/as nível R1 do Instituto Nacional Evandro Chagas - INI**

13.4.1. Os/as candidatos/as classificados conforme os números de vagas deverão matricular-se na Secretaria Acadêmica da Vice Direção de Ensino do INI, situada a Av. Brasil, 4365 – Manginhos – RJ no período descrito conforme no item 3 deste Edital (Cronograma do Processo Seletivo).

13.4.2. Nessa ocasião o/a candidato/a deverá apresentar obrigatoriamente no ato da matrícula os seguintes documentos:

- a) 2 fotos 3x4 recentes (até um ano) e coloridas, com fundo branco, sem óculos e cabeça descoberta que permitam a identificação do/a candidato/a;
- b) número de Inscrição do Trabalhador (NIT ou INSS);
- c) cópia do CPF, Título de Eleitor e Carteira de identidade;
- d) cópia da Carteira do Conselho Regional de Medicina (CRM);
- e) cópia do Diploma do curso de Graduação em Medicina ou declaração oficial (original e cópia), fornecida por Instituição de Ensino reconhecida pelo Ministério da Educação, com previsão de conclusão de Curso de Graduação em Medicina; para até, no máximo, 28/02/2023;
- f) para os/as candidatos/as diplomados no exterior só será permitida a inscrição mediante apresentação de documentação que comprove sua inscrição no Conselho Regional de Medicina;
- g) autorização do Conselho Regional de Medicina do Rio de Janeiro (para candidatos/as oriundos de outros estados);
- h) informação de conta corrente com titularidade exclusiva do/a candidato/a e não será aceita conta em banco virtual;
- i) apresentação de certificado de seguro de acidentes pessoais relativo ao período de realização do Programa;
- j) cópia da carteira de vacinação atualizada, com imunizações determinadas na NR-32: Dupla, Hepatite B e Tríplice Viral;
- k) cópia do Certificado de Reservista ou prova de estar em dia com as obrigações militares (brasileiros do sexo masculino).

13.4.3. Os/as candidatos/as selecionados e devidamente matriculados participarão

obrigatoriamente das atividades previstas para Semana de Integração, de acordo com cronograma a ser divulgado pelo **Departamento de Ensino do INI no período descrito no item 3 deste Edital (Cronograma do Processo Seletivo)**.



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

13.5.1. O/a candidato/a que não cumprir com os procedimentos estabelecidos para matrícula será considerado desistente, perdendo o direito à vaga. Neste caso, ocorrerá a imediata reclassificação.

13.5.2. Serão matriculados os/as candidatos/as que assinarem o termo de compromisso aceitando a realização das atividades previstas no programa de residência médica, com carga- horária de 60 horas semanais e as normas do Regulamento Interno de Residência Médica.

**13.6. OBSERVAÇÕES IMPORTANTES:**

13.6.1. **Matrículas nos Programas COM PRÉ-REQUISITO em outro programa de Residência Médica**

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

13.6.3. Os/as candidatos/as aprovados/as que realizaram o pré-requisito obrigatório em outra instituição federal **deverão apresentar até o dia 28/2/2025, impreterivelmente, o comprovante de baixa no Sistema do SIGAC (antigo SIAPE) em papel oficial da instituição cursada.**

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

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

13.6.6. Caso o/a candidato/a selecionado, aprovado e convocado, não possua uma conta salário vinculada a uma conta corrente de titularidade própria, poderá solicitar uma Carta de solicitação de abertura de conta salário e/ou corrente por meio do e-mail [residencia.iff@fiocruz.br](mailto:residencia.iff@fiocruz.br) (candidatos/as aprovados/as para o IFF) ou [residenciamedica@ini.fiocruz.br](mailto:residenciamedica@ini.fiocruz.br) (candidatos/as aprovados/as para o INI).

13.6.7. Para que o/a candidato/a possa ser registrado no Sistema da Comissão Nacional de Residência Médica/MEC (SisCNRM), no PRM para o qual foi aprovado, dentro

do prazo permitido pela CNRM, é necessário que a instituição de origem retire seu nome da lista de residentes “cursando” o PRM de pré-requisito.

### **13.7. Reserva de vaga para cumprir Serviço Militar (Resolução CNRM Nº 17/2022)**

13.7.1. O médico residente convocado para servir as Forças Armadas, matriculado no primeiro ano de Programa de Residência Médica credenciado pela CNRM, poderá requerer a reserva de vaga em apenas 1 (um) Programa de Residência Médica em todo o território nacional, pelo período de 1 (um) ano.

13.7.2. No caso de Serviço Militar, obrigatório, o participante, após efetuar a sua matrícula, poderá requisitar o adiamento do início do programa por 1 (um) ano, conforme legislação vigente.

Parágrafo Único. As reservas de vagas de que trata o *caput* restringe-se a médicos residentes que prestarão serviço militar obrigatório, não se aplicando a outros cursos de formação de oficiais, ofertados pelas Forças Armadas, ou serviço voluntário.

13.7.3. O/a candidato/a reclassificado/a, **chamado/a para ocupar a vaga aberta por outro que solicitou reserva de vaga** para prestar o Serviço Militar, só poderá também solicitar o mesmo adiamento **se o programa dispuser de um número de vagas credenciadas pela CNRM**, suficiente para que os dois candidatos/as possam assumir suas vagas no ano seguinte. Caso não haja vaga suficiente, o/a segundo/a candidato/a convocado/a terá como opção cursar o Programa **imediatamente** ou desistir de sua

vaga. Nesta situação será chamado/a o/a candidato/a subsequente na classificação, que não tenha impedimento para realizar sua matrícula.

13.7.4. A reserva de vaga para a prestação de Serviço Militar somente será concedida aos/a candidatos/as que ainda não iniciaram suas atividades nas Forças Armadas.

13.7.5. Para usufruir da reserva de vagas, o interessado deverá entregar à COREME, pessoalmente ou o seu procurador, até 10 dias após o recebimento, cópia legível do documento de designação das Forças Armadas, onde conste a convocação, juntamente com o requerimento de trancamento de matrícula por apenas um ano, a ser preenchido no ato da matrícula.

13.7.6. O trancamento de matrícula para prestação do Serviço Militar implicará a suspensão automática do pagamento da bolsa do médico residente até o seu retorno ao programa.

13.7.7. A vaga aberta em decorrência do trancamento será preenchida sempre que houver

candidato/a aprovado/a além do limite de vagas previsto em edital, no mesmo processo seletivo e para o mesmo Programa.

### **13.8. Efetivação da matrícula**

- 13.8.1. A efetivação da matrícula se dará a partir de dois requisitos fundamentais: o fiel cumprimento de todas as normas, documentos e prazos constantes deste Edital, e, a efetivação do cadastro do/a candidato/a aprovado/a no sistema de pagamento de bolsas.
- 13.8.2. Caso o cadastramento do/a candidato/a aprovado/a no sistema de bolsas seja impedido por motivos que fujam à responsabilidade do IFF e/ou do INI, como por exemplo a indisponibilidade de bolsas por contingenciamento oriundo de decisão dos órgãos financiadores governamentais, o/a candidato/a aprovado/a não será considerado matriculado, uma vez que a vinculação do profissional médico à uma bolsa de estudos é uma das condições obrigatórias para caracterizar a condição de médico residente.
- 13.8.3. Não será permitido o início das atividades do programa de residência médica, como treinamento em serviço, participação de atividades teóricas ou teórico-práticas de candidatos/as aprovados/as cujo cadastro no sistema de pagamento de bolsa não tenha sido efetivado.

## 14. RECLASSIFICAÇÃO

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

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

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

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

14.5. Os setores responsáveis pela matrícula no IFF e no INI convocará tantos aprovados quantos forem necessários para o preenchimento das vagas remanescentes até 30 (trinta) dias após o início do Programa de Residência.

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

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

14.8. **Os/as candidatos/as reclassificados/as no INI deverão realizar matrícula no prazo máximo de 24 horas após terem sido avisados por mensagem eletrônica (e-mail cadastrado no ato da inscrição “*on line*”) a começar da primeira reclassificação, que ocorrerá a partir das 16h do último dia de matrícula constante no item 3 deste Edital (Cronograma do Processo Seletivo).**

## **15. DESISTÊNCIA**

**15.1.** Em caso de desistência do/a candidato/a já matriculado/a no Programa, este deverá preencher e assinar o Termo de Desistência à Área 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 está disponível 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 deverá ser assinada, digitalizada e encaminhada pelo/a candidato/a prioritariamente por meio eletrônico (e-mail), a fim de agilizar o processo de reclassificação nos seguintes endereços do IFF ([residencia.iff@fiocruz.br](mailto:residencia.iff@fiocruz.br)) e do INI ([residenciamedica@ini.fiocruz.br](mailto:residenciamedica@ini.fiocruz.br)).

## 16. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

**16.2.** O/a candidato/a selecionado/a deverá atender aos requisitos dispostos no item 6, como também ser responsável por manter seu endereço eletrônico atualizado junto ao IFF ou INI.

**16.3.** O/a candidato/a que não puder cumprir a carga horária descrita na Resolução da CNRM nº02/2006, será considerado desclassificado.

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

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

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

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

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

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

16.6.4. Nos casos de atraso do pagamento de bolsas oriundos de eventuais falhas nas

informações prestadas pelos/as candidatos/as matriculados/as, o IFF e o INI serão totalmente isentos de responsabilidade.

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

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

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

**16.9.** As Vice-Direções de Ensino do IFF e do INI farão divulgar, sempre que necessário, normas complementares ao presente Edital em avisos oficiais.

**16.10.** Somente será oferecido **alojamento** para os alunos matriculados com residência comprovada fora da **Região Metropolitana do Rio de Janeiro<sup>1</sup>** e considerando a disponibilidade de vagas, de acordo com os critérios estabelecidos pela COREME.

16.10.1. A Região Metropolitana do Rio de Janeiro constitui-se dos seguintes Municípios: Rio de Janeiro, Niterói, Duque de Caxias, Itaboraí, Itaguaí, Magé, Maricá, Nilópolis, Nova Iguaçu, Paracambi, Petrópolis, São Gonçalo, São João do Meriti e Mangaratiba.

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

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

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

**16.11.** Os casos omissos serão resolvidos pelas Vice Direções de Ensino do IFF e INI/Fiocruz.

**16.12.** Em conformidade com a [Resolução nº1, de 3 de janeiro de 2017](#), publicada no **Diário Oficial nº 4 de 5 de janeiro de 2017**, o último dia para inserção de residentes no sistema

da Comissão Nacional de Residência Médica é 31 de março de 2023, salvo esta Comissão faça, extraordinariamente, alguma alteração nesta data.

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

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

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

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



## ANEXO 1 – CONTEÚDOS PROGRAMÁTICOS E REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

### CIRURGIA PEDIÁTRICA R1 (IFF)

#### A) Conteúdo Programático

Cirurgia geral

#### B) Referências Bibliográficas

Townsend, Courtney - Sabiston - Beauchamp, Daniel - Evers, Marx- Mattox, Kenneth. Sabiston.

Tratado de Cirurgia, 20a Ed 2019 - 2 Vol. Editora [Elsevier](#).

### ESPECIALIDADES R1:

**Genética Médica (IFF) Obstetrícia e Ginecologia (IFF) Pediatria (IFF)**

**Infectologia Adulto (INI)**

#### A) Conteúdo Programático

1. Cirurgia
2. Clínica Médica
3. Medicina Preventiva e Social
4. Obstetrícia/Ginecologia
5. Pediatria

#### B) Referências Bibliográficas

##### 1. Cirurgia

Townsend, Courtney - Sabiston - Beauchamp, Daniel - Evers, Marx- Mattox, Kenneth. Sabiston **Tratado de Cirurgia**, 20a Ed 2019 - 2 Vol. Editora [Elsevier](#).

##### 2. Clínica Médica

J. Larry Jameson, Anthony S. Fauci, Dennis L. Kasper, Stephen L. Hauser, Dan L. Longo,

Joseph Loscalzo. Harrison's Principles of Internal Medicine, 21st edition. McGraw-Hill, 2022. 2 v.

Lee Goldman, Andrew I. Schafer. **Goldman-Cecil Medicine.**, 26th Edition, Elsevier Health Sciences, 2019.

Lopes, Antonio Carlos. **Tratado de Clínica Médica**, 2 Vols. - 3ª Ed. 2015. Editora Roca – Brasil.

**Diretrizes Brasileiras para Tratamento Hospitalar do Paciente com COVID-19 –**  
Capítulo 2: Tratamento Farmacológico. Disponível em:  
[http://conitec.gov.br/images/Consultas/Relatorios/2021/20210517\\_Relatorio\\_Diretrizes\\_Brasileiras\\_COVID\\_Capitulo\\_2\\_CP\\_37.pdf](http://conitec.gov.br/images/Consultas/Relatorios/2021/20210517_Relatorio_Diretrizes_Brasileiras_COVID_Capitulo_2_CP_37.pdf)

### 3. Medicina Preventiva e Social

**Código de Ética Médica.** Resolução CFM nº 1.931, de 17 de setembro de 2009. Brasília, 2010. Disponível em:  
<https://portal.cfm.org.br/images/stories/biblioteca/codigo%20de%20etica%20medica.pdf>

DUNCAN BB; SCHMIDT MI; GIUGLIANI ERJ; DUNCAN MS; GIUGLIANI C,

organizadores. **Medicina Ambulatorial: Condutas de Atenção Primária Baseadas em Evidências.** 4ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

GUSSO, Gustavo; LOPES, José MC, DIAS, Lêda C, organizadores. **Tratado de Medicina de Família e Comunidade: Princípios, Formação e Prática.** Porto Alegre: ARTMED, 2012, 3ª ed. 2388 p.

**Legislação Básica do Sistema Único de Saúde.** Disponível em:  
<http://bvsmis.saude.gov.br/edicoes-2016/84-legislacao-basica-do-sus/155-legislacao-basica-do-sus>

MCWHINNEY, Ian R; FREMAN, T. **Manual de Medicina de Família e Comunidade.** 3ª Edição. Porto Alegre. Artmed. 2010.

MEDRONHO RA et al - **Epidemiologia**, 2ª ED. São Paulo. Ed. Atheneu, 2008. Capítulos 2-4, 13,15,17.

ROSE, Geoffrey. **Estratégias da Medicina Preventiva**. Porto Alegre: ARTMED, 2010,192 p.

STARFIELD, Barbara. **Atenção Primária, equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços-tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726p. [disponível na Internet: <http://unesdoc.unesco.org/images/0013/001308/130805por.pdf>]

STEWART, Moira; et al. **Medicina Centrada na Pessoa: transformando o método clínico**.3ª. ed. Porto Alegre : Artmed, 2017.

WONCA. **A Definição Européia de Medicina Geral e Familiar**. Justin Allen et al., WONCA, 2002. [disponível na Internet: <http://www.woncaeurope.org/sites/default/files/documents/European%20Definition%20in%20Portuguese.pdf>]

#### 4. Obstetrícia/Ginecologia

**Manual de gestação de alto risco [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2022.**

**Rezende Obstetrícia Fundamental** – Rezende Filho, Jorge - Guanabara Koogan – 15ª Edição (2024).

**Rezende Obstetrícia** - Rezende Filho, Jorge. Guanabara Koogan - 14ª. Edição, 2022.

**Controle dos Cânceres do Colo do Útero e da Mama**, Cadernos de Atenção Básica, nº13- Ministério da Saúde, 2013.

**Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero**/Instituto

Nacionalde Câncer José Alencar Gomes da Silva. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Divisão de Detecção Precoce e Apoio à Organização de Rede. – 2. ed. rev. atual. – Rio de Janeiro: INCA, 2016.

**Ginecologia Clínica e Cirúrgica** - Organizador Silvio Silva Fernandes - Editora RUBIO - Edição 2019.

**Tratado de ginecologia Febrasgo** / editores Cesar Eduardo Fernandes, Marcos Felipe Silva de Sá; coordenação Agnaldo Lopes da Silva Filho ...(et al.) -1.ed – Rio de Janeiro: Elsevier, 2019.

## 5. Pediatria

Campos Júnior, Dioclécio / Burns, Dennis Alexander Rabelo / Lopez, Fabio Ancona. **Tratado de Pediatria**, Sociedade Brasileira de Pediatria, 2 vol. 4ª ed./2017, Editora Manole.

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

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

Ministério da Saúde do Brasil. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Crianças e Adolescentes**. Última modificação: 01.04.2019. ISBN978- 85-334-2643-6. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2017/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-manejo-da-infeccao-pelo-hiv-em-criancas-e>

Ministério da Saúde do Brasil. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia Antirretroviral Pós-Exposição de Risco à Infecção pelo HIV**. Brasília, 2015. Disponível em: [http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2015/58168/pcdt\\_pep\\_20\\_10\\_1.pdf](http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2015/58168/pcdt_pep_20_10_1.pdf)

Ministério da Saúde do Brasil. **Protocolo de Tratamento de**

**Influenza.** 2017.

<https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/abril/19/protocolo-influenza-2017.pdf>

Robert Kliegman, Bonita M.D. Stanton, Joseph St. Geme e Nina Schor. Nelson – **Tratado de Pediatria**, Edição: 20|2017. Editora: GEN Guanabara Koogan.

Sociedade Brasileira de Pediatria. **Atualização no Tratamento e Prevenção da Infecção pelo Vírus Influenza** – 2020. Disponível em:

[https://www.sbp.com.br/fileadmin/user\\_upload/22445f-](https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/22445f-)

[Diretriz Atualiz Trat e Prev Infecç Virus Influenza 2020.pdf](#)

#### **R4 – ESPECIALIDADES PEDIÁTRICAS:**

- **Alergia e Imunologia Pediátrica (IFF)**
- **Infectologia Pediátrica (IFF)**
- **Medicina Intensiva Pediátrica (IFF)**
- **Neonatologia (IFF)**
- **Pneumologia Pediátrica (IFF)**
- **Neurologia Pediátrica (IFF)**

#### **A) Conteúdo Programático**

Pediatria Geral

#### **B) Referências Bibliográficas**

Campos Júnior, Dioclécio / Burns, Dennis Alexander Rabelo/Lopez, Fabio Ancona. **Tratado de Pediatria**, Sociedade Brasileira de Pediatria, 2 vol. 4ª ed./2017, Editora Manole.

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

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

Ministério da Saúde do Brasil. **Protocolo de Tratamento de Influenza, 2023** \_

<https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/influenza/guia-de-manejo-e-tratamento-de-influenza-2023>

Robert Kliegman, Bonita M.D. Stanton, Joseph St. Geme e Nina Schor. Nelson – **Tratado de Pediatria**, Edição: 20|2017. Editora: GEN Guanabara Koogan.

GINA - Global Initiative for Asthma. National Institute of Health. National Heart, Lung and Blood Institute, [www.ginasthma.com](http://www.ginasthma.com). 2023

Global Initiative for Asthma – GINA Report, Global Strategy for Asthma Management and Prevention – Main Report 2023 – updated July 2023.

GOUDOURIS, Ekaterini Simões ; ALONSO, Maria Luiza Oliva . Imunodeficiências primárias para o especialista: Ou erros inatos da imunidade. 1. ed. Rio de Janeiro: Câmara Brasileira do Livro, SP, 2023. v. 1.

Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. – Brasília: Ministério da Saúde, 2019. 364 p. : il. ISBN 978-85-334-2696-2; 2019 <http://portalarquivos2.saude.gov.br>.

SAÚDE M DA, Brasil. Ministério da Saúde. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas Manejo da Infecção pelo HIV em Crianças e Adolescentes Módulo 1 - Diagnóstico, manejo e acompanhamento de crianças expostas ao HIV**. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Inovação e do Complexo Econômico-Industrial da Saúde - SECTICS. – Brasília: Ministério da Saúde, 2023. Disponível em: [RR\\_PCDTHIVCrianasmdulo1\\_Final.pdf \(www.gov.br\)](#) Acesso em 18/07/2024.

SAÚDE M DA, Brasil. Ministério da Saúde. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas Manejo da Infecção pelo HIV em Crianças e Adolescentes Módulo 2 - Diagnóstico, manejo e tratamento de crianças e adolescentes vivendo com HIV**. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Inovação e do Complexo Econômico-Industrial da Saúde - SECTICS. – Brasília: Ministério da Saúde, 2023. Disponível em: [RR\\_PCDTHIVCrianasmdulo2\\_Final.pdf \(www.gov.br\)](#) Acesso em 18/07/2024.

SOLÉ, Dirceu et al. Consenso Brasileiro sobre Alergia Alimentar: 2018-Parte 1-Etiopatogenia, clínica e diagnóstico. Documento conjunto elaborado pela Sociedade Brasileira de Pediatria e Associação Brasileira de Alergia e Imunologia. Arquivos de Asma, Alergia e Imunologia, v. 2, n. 1, p. 7-38, 2018.

SOLÉ, Dirceu et al. Consenso brasileiro sobre alergia alimentar: 2018-Parte 2-diagnóstico, tratamento e prevenção. documento conjunto elaborado pela Sociedade Brasileira de Pediatria e Associação Brasileira de Alergia e Imunologia. Arquivos de Asma, Alergia e Imunologia, v. 2, n. 1, p. 39-82, 2018.

SAKANO, Eulalia et al. IV Consenso Brasileiro sobre Rinite-atualização em rinite alérgica. Brazilian Journal of Otorhinolaryngology, v. 84, p. 3-14, 2018. \*\*

PRADO, Evandro et al. Dermatite atópica grave: guia prático de tratamento da Associação Brasileira de Alergia e Imunologia e Sociedade Brasileira de Pediatria. Arq. Asma, Alerg. Imunol, p. 432-467, 2022.

## ANEXO 2 – FORMULÁRIO - PESSOAS COM DEFICIÊNCIA

1 - Nome do requerente: \_\_\_\_\_

2 - Nome Social: \_\_\_\_\_

3 - Data de nascimento: \_\_\_\_\_

4 - Identidade: \_\_\_\_\_

5 - Órgão Expedidor: \_\_\_\_\_

6 - CPF: \_\_\_\_\_

7 - Tipo de deficiência: \_\_\_\_\_

( ) Deficiência física ( ) Deficiência auditiva ( ) Deficiência visual ( ) Deficiência intelectual

( ) Transtorno do Espectro Autista ( ) Deficiência múltipla

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

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

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

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

\_\_\_\_\_

**DECLARO** que desejo me inscrever para concorrer às vagas destinadas a ações afirmativas para *Pessoas com Deficiência*, nos termos estabelecidos no processo de seleção para ingresso no Mestrado ( ), Doutorado ( ) Especialização - *Lato Sensu* ( ) *Residência em Saúde* ( ) em \_\_\_\_\_ na unidade/escritório da Fundação Oswaldo Cruz.



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

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

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

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

## ANEXO 3 – REQUERIMENTO DE CONDIÇÕES ESPECIAIS

### REQUERIMENTO DE CONDIÇÕES ESPECIAIS PARA REALIZAÇÃO DAS PROVAS

Nome do/a Candidato/a: \_\_\_\_\_

Nome Social: \_\_\_\_\_

Nº da inscrição RG: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Telefone ou outra forma de contato:

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

#### **1. INSCRITO COMO PESSOA COM DEFICIÊNCIA**

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

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

## **2. NECESSITAR DE ACOMPANHANTE PARA AMAMENTAR SEU BEBÊ**

Nome completo da pessoa que irá acompanhar o bebê para ser amamentado: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_

Nº \_\_\_\_\_, emitido por \_\_\_\_\_.

Obs.: O original do documento informado deverá ser apresentado no dia da prova. Nestes termos, pede deferimento.

Rio de Janeiro, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 202\_\_.

\_\_\_\_\_

Assinatura do (a) candidato(a)

## ANEXO 4 – AUTODECLARAÇÃO

1 - Nome do requerente: \_\_\_\_\_

2 - Nome Social: \_\_\_\_\_

3 - Data de nascimento: \_\_\_\_\_

4 - Identidade: \_\_\_\_\_

5 - Órgão Expedidor: \_\_\_\_\_

6 - CPF: \_\_\_\_\_

**DECLARO** que sou cidadão(ã) afrodescendente ou indígena descendente, nos termos da legislação em vigor, identificando-me como ( ) **preto** ( ) **pardo** ( ) **indígena** e desejo me inscrever para concorrer às vagas destinadas a ações afirmativas, nos termos estabelecidos no processo de seleção para ingresso no Mestrado ( ), Doutorado ( ), Curso de Especialização

- *Lato Sensu* ( ), *Residência em Saúde* ( ) em  
\_\_\_\_\_ da \_\_\_\_\_

(nome da unidade/escritório) Fundação Oswaldo Cruz.

**DECLARO**, ainda, que as informações prestadas nesta autodeclaração são de minha inteira responsabilidade, estando ciente de que, em caso de falsidade ideológica, ficarei sujeito ao desligamento do curso e às sanções prescritas na legislação em vigor.

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

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

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

**ANEXO 5 - REQUERIMENTO ISENÇÃO DA TAXA DE INSCRIÇÃO**



**CENTRO DE ESTUDOS OLINTO DE OLIVEIRA**

VAGA PRETENDIDA: \_\_\_\_\_

NOME COMPLETO: \_\_\_\_\_

NOME SOCIAL: \_\_\_\_\_

SEXO: \_\_\_\_\_

DATA DE NASCIMENTO: \_\_\_\_\_

DOCUMENTO DE IDENTIDADE: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

Nº: \_\_\_\_\_ COMPLEMENTO: \_\_\_\_\_ BAIRRO: \_\_\_\_\_

CEP: \_\_\_\_\_ CIDADE: \_\_\_\_\_ ESTADO: \_\_\_\_\_

TELEFONE: \_\_\_\_\_

EMAIL: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
ASSINATURA DO/A REQUERENTE

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

**ANEXO 6 - RELAÇÃO DE VACINAS A SEREM COMPROVADAS<sup>4</sup> E ESQUEMA ADEQUADO<sup>5</sup>**

<b>Vacinas</b>	<b>1ª dose</b>	<b>2ª dose</b>	<b>3ª dose</b>
<b>Dupla Adulta DT – Difteria eTétano<sup>6</sup></b>	1º dia	60 dias	120 dias
<b>Hepatite A</b>	1º dia	Intervalo de 6 meses da 1ª dose	
<b>Hepatite B<sup>7</sup></b>	1º dia	30 dias	180 dias
<b>Varicela</b>	1º dia	Intervalo de 4 a 8 semanas da 1ª dose	
<b>COVID -19</b>	Pelo menos 2 doses		
<b>Gripe Sazonal</b>	Dose anual		
<b>Influenza “A” H1N1</b>	Dose única		
<b>Tríplice Viral (MMR) – Sarampo, Caxumba e Rubéola</b>	Dose única		
<b>BCG - Tuberculose</b>	Indicada para profissionais de saúde com prova tuberculínica (PPD) negativa.		

Vacinas aplicadas nos Postos de Saúde (apresentar carteira): Dupla Tipo Adulto, Hepatite B, Gripe, MMR e BCG. Vacinas que são tomadas no CRIE (Tel: 3865-9124) Varicela (para quem não teve a doença)

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

<sup>4</sup> Comissão de Biossegurança do IFF.

<sup>5</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>6</sup> Esquema para não vacinados. Indivíduos com esquema incompleto: completar as 3 doses; indivíduos com esquema completo: 1 dose reforço 10/10anos.

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

## ANEXO 7 - TERMO DE RESPONSABILIDADE - VACINAÇÃO

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

-, \_\_\_\_\_, -, \_\_\_\_\_, -, \_\_\_\_\_, -  
-, \_\_\_\_\_, -, \_\_\_\_\_, -, \_\_\_\_\_, -

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

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

\_\_\_\_\_  
Assinatura do(a) candidato(a)

ANEXO 8-FORMULÁRIO DE MATRÍCULA IFFR1 2025

**TERMO DE MATRÍCULA – R1**

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

FOTO  
3X4

NOME:		CPF:	DATA NASC.:
[ ]		[ ]	[ ]
SEXO:	EST. CIVIL:	NIV. ESCOLAR.:	NACIONALIDADE:
[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
UF NASCIMENTO:	PAIS ORIGEM:	ANO CHEGADA:	PIS/PASEP/NIT:
[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
TITULO ELEITOR:	NOME DA MÃE:		
[ ]	[ ]		

COR/ORIG. ETNA:	PESSOA C/ DEFIC.:	GRUPO:	RG:
[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
G. SANGUINEO:	CÓDIGO:	ORG. EXP.:	UF:
[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
FATOR RH:	DEPEND. ECONOM.:	EMIÇÃO:	
[ ]	[ ]	[ ]	

ENDEREÇO:			NÚMERO:
[ ]			[ ]
COMPLEM.:	BAIRRO:	MUNICÍPIO	UF:
[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
CEP:	TEL.:	CEL:	
[ ]	[ ]	[ ]	
EMAIL:	DATA 1º EMPREGO		
[ ]	[ ]		

BANCO	AGÊNCIA:	DV:	CONTA:	DV:
[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
BANCO CONTA SALÁRIO	AGÊNCIA:	DV:	CONTA:	DV:
[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
NOME DA AGÊNCIA BANCÁRIA:				
[ ]				

**VENHO REQUERER MATRÍCULA NO CURSO DE RESIDÊNCIA MÉDICA R1 2025 EM:**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> PEDIATRIA                 | <input type="checkbox"/> GENÉTICA MÉDICA     |
| <input type="checkbox"/> OBSTETRÍCIA E GINECOLOGIA | <input type="checkbox"/> CIRURGIA PEDIÁTRICA |

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Assinatura do(a) Médico(a)



**TERMO DE MATRÍCULA – R4**

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

NOME:		CPE:	DATA NASC.:
SEXO:		EST. CIVIL:	NIV. ESCOLAR.:
UF NASCIMENTO:		PAIS ORIGEM:	ANO CHEGADA:
TITULO ELEITOR:		NOME DA MÃE:	

COR/ORIG. ETINA:	PESSOA C/ DEFIC.:	GRUPO:	RG:
G. SANGUINEO:	CÓDIGO:	ORG. EXP.:	UF:
FATOR RH:	DEPEND. ECONOM.:	EMISSÃO:	

ENDEREÇO:			NÚMERO:
COMPLEM.:	BAIRRO:	MUNICÍPIO	UF:
CEP:	TEL.:	CEL:	
EMAIL:			DATA 1º EMPREGO

BANCO	AGÊNCIA:	DV:	CONTA:	DV:
BANCO CONTA SALÁRIO	AGÊNCIA:	DV:	CONTA:	DV:
NOME DA AGÊNCIA BANCÁRIA:				

VENHO REQUERER MATRÍCULA NO CURSO DE RESIDÊNCIA MÉDICA R4 2025 EM:

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> ALERGIA E IMUNOLOGIA PEDIÁTRICA | <input type="checkbox"/> MEDICINA INTENSIVA PEDIÁTRICA |
| <input type="checkbox"/> PNEUMOLOGIA PEDIÁTRICA          | <input type="checkbox"/> NEONATOLOGIA                  |
| <input type="checkbox"/> INFECTOLOGIA PEDIÁTRICA         | <input type="checkbox"/> NEUROLOGIA PEDIÁTRICA         |

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Assinatura do(a) Médico(a)

# ANEXO 10 - FORMULÁRIO DE MATRÍCULA INI - 2025



## RESIDENCIA MÉDICA EM INFECTOLOGIA – INI/FIOCRUZ FORMULÁRIO DE MATRÍCULA

DADOS PESSOAIS			
Nome:		Sexo: ( ) feminino ( ) masculino	
E-mail:			
Nome da Mãe:			
Nome do Pai:			
DADOS DO NASCIMENTO			
Cidade:		UF:	
País:		Data:	
DOCUMENTOS			
CPF ou Passaporte:	Identidade:	Data de Expedição:	Órgão Expedidor:
CRM:	Título de Eleitor:	Nº PIS/NIT/PASEP	
DADOS BANCÁRIOS (para solicitação da bolsa auxílio)			
Banco e Nome da agência:	Agência:	Nº Conta salário: (não pode ser conta corrente)	
ENDEREÇO RESIDENCIAL			
Logradouro:		(Número, Complemento)	
Bairro:	Cidade:	UF:	
CEP:	Tel. Residencial:	Celular:	Tel. Comercial:
FORMAÇÃO DE GRADUAÇÃO			
Curso:			
Instituição		Sigla	Ano de Conclusão:
FORMAÇÃO DE POS-GRADUAÇÃO			
Curso: ( ) Doutorado ( ) Mestrado ( ) Especialização			
Nome do curso:			
Instituição		Sigla	Ano de Conclusão:
DADOS PROFISSIONAIS			
Atividade:		Ocupação:	
Local de Trabalho:			Sigla:
Tipo de Vínculo: ( ) servidor ( ) CLT ( ) outro			Tempo de Empresa:

Atesto que todos os dados nesse formulário estão corretos.

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

\_\_\_\_\_  
Vice Direção de Ensino  
Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas  
Avenida Brasil, 4.365 – Manguinhos – Rio de Janeiro – CEP: 21.040-360  
E-mail: [ensino@ini.fiocruz.br](mailto:ensino@ini.fiocruz.br) – Homepage: [www.ini.fiocruz.br](http://www.ini.fiocruz.br)

## ANEXO 11 - TERMO DE COMPROMISSO

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

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

j) estar ciente de que o prazo de vigência do presente termo é da duração do programa ao qual estou matriculado.



Programa: \_\_\_\_\_.

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

---

Assinatura do/a médico/a residente

# ANEXO 12 – FORMULÁRIO DE CADASTRO DE PROFISSIONAL

 Ministério da Saúde  FIOCRUZ Fundação Oswaldo Cruz	 <b>IFF</b> INSTITUTO NACIONAL <small>DE FÍSICA E QUÍMICA DE BIOMÉDICA E FARMACOLOGIA</small>   FERNANDES FIGUEIRA
<b>FORMULÁRIO DE CADASTRO DE PROFISSIONAL</b> [Dados para cadastro no sistema Cadweb, Alert-Absolute, Alert-PFH]	
Campos assinalados com * (asterisco) são de preenchimento obrigatório. Utilizar letras maiúsculas sem acento ou caracteres especiais	
<b>1. Origem *:</b> <input type="checkbox"/> SRH <input type="checkbox"/> Administração <input type="checkbox"/> Ensino <input type="checkbox"/> Bolsista Fiotec <input type="checkbox"/> Outro _____	
<b>2. Identificação Profissional:</b> 2.1 CNS Profissional (Preenchido pelo Setor de Estatística) _____ 2.2 CPF *    _____ 2.3 Nome completo * _____	
<b>2.4 Nome profissional (como é conhecido ou gostaria de ser chamado. Deve ser igual ao carimbo profissional) *</b> _____	
<b>2.5 Telefone *    DDD    número    DDD    número</b> _____    _____    _____    _____	
<b>2.6 E-mail:</b> _____	
<b>3. Vínculo Institucional:</b>	
<b>3.1 Tipo vínculo *:</b> <input type="checkbox"/> Servidor Próprio <input type="checkbox"/> Residente - Programa: _____ <input type="checkbox"/> Especializando/ <input type="checkbox"/> Outro: _____ Bolsista	
<input type="checkbox"/> Servidor Cedido } <input type="checkbox"/> Terceirizado     }	<b>Instituição/empresa de origem (obrigatório p/ cedido ou terceirizado):</b> Nome: _____ CNPJ: _____
<b>3.2 Data de admissão *</b> <b>3.3 Matrícula Siape (ou outra caso não servidor):</b> _____    _____	
<b>3.4 Carga Horária Semanal *:</b> Total    Amb    Hosp    Outros    Informe o total de horas semanais e sua distribuição segundo atividade _____    _____    _____    _____    _____	
<b>3.5 CBO - Categoria Profissional *</b> - detalhar a especialidade se houver. (Ex: Médico Residente; Médico Pediatra; Médico Cirurgião Pediátrico; Enfermeiro; Enfermeiro Obstetra; Fisioterapeuta Geral; Fisioterapeuta Respiratória; Pesquisador em Saúde Coletiva; Instrumentador Cirúrgico; Técnico de Enfermagem; Assistente Administrativo; etc): _____ Consulta em: <a href="http://www.mtecbo.gov.br/cbosite/pages/pesquisas/BuscaPorTituloResultado.jsf">http://www.mtecbo.gov.br/cbosite/pages/pesquisas/BuscaPorTituloResultado.jsf</a>	
<b>3.6 CBO (preenchido pelo Setor de Estatística)</b> _____ _____ _____    Médico residente: CBO = 2231F9 (independente da especialidade) _____    Outros profissionais utilizar código correspondente (ver tabela)	
<b>3.7 Conselho de Classe * (obrigatório para categorias profissionais de nível superior)</b> Órgão Emissor * (ex: CREMERJ, COREN, CRESSRJ; CRFARJ; etc)    UF *    Número do Registro * _____    _____    _____	
<b>4. Data prevista de término do vínculo *</b> _____ _____    Preenchimento obrigatório para: residentes, especializando, bolsistas, _____    terceirizados e servidores cedidos	

## FORMULÁRIO DE CADASTRO DE PROFISSIONAL

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

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

### 5. Dados Pessoais

5.1 Nome da Mãe \*

5.2 Nome do Pai

5.3 Data de Nascimento \*

5.4 Sexo \*

 Masc  
 Fem

5.5

Raça/Cor

5.6 Nacio-

nalidade \*

5.7 Município de Nascimento \* (para Nacionalidade Brasileira)

5.8 UF de Nascim \*

5.9 Escolaridade \*

### 6. Endereço

6.1 CEP \*

6.2 UF de residência \*

6.3 Logradouro \*

6.4 Número \*

6.5 Complemento

6.6 Bairro e Município de residência \*

### 7. Documentação

7.1 RG número \*

7.2 Órgão Emissor da RG \*

7.3 UF \*

7.4 Data de Emissão da RG \*

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

Assinatura do profissional

Assinatura da chefia imediata

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

9.1 Cadastro no Alert-Absolute

Assinatura do responsável

9.2 Cadastro no CNES

Assinatura do responsável

9.3 Atribuição de vínculo e acessos - Alert-Absolute

Assinatura do responsável

9.4 Arquivamento no setor de origem

Assinatura do responsável

## ANEXO 13 – DECLARAÇÃO DE VERACIDADE

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

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

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

---

Assinatura

## **ANEXO 14 - TERMO DE CONSENTIMENTO PARA TRATAMENTO DE DADOS PESSOAIS**

### **LEI Nº 12.709, DE 14 DE AGOSTO DE 2018 LEI GERAL DE PROTEÇÃO DE DADOS PESSOAIS – LGPD**

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

#### **CLÁUSULA PRIMEIRA**

##### **Dados Pessoais**

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



## **CLÁUSULA SEGUNDA**

### **Finalidade do Tratamento dos Dados**

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

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

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

## **CLÁUSULA TERCEIRA**

### **Compartilhamento de Dados**

A Controladora fica autorizada a compartilhar os dados pessoais do Titular com outros agentes de tratamento de dados, caso seja necessário para as finalidades listadas neste instrumento, desde que, sejam respeitados os princípios da boa-fé, finalidade, adequação, necessidade,

livre acesso, qualidade dos dados, transparência, segurança, prevenção, não discriminação e responsabilização e prestação de contas.

## **CLÁUSULA QUARTA**

### **Responsabilidade pela Segurança dos Dados**

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

## **CLÁUSULA QUINTA**

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

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

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

## **CLÁUSULA SÉTIMA**

### **Tempo de Permanência dos Dados Recolhidos**

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

## CLÁUSULA OITAVA

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

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

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

---

Assinatura

# ANEXO 15 – FORMULÁRIO PARA PEDIDO DE RECURSO

## RESIDÊNCIA DE MÉDICA 2025 – R4 IFF/FIOCRUZ

### FORMULÁRIO PARA RECURSO DE QUESTÃO PROVA OBJETIVA

ESPECIALIDADE/CURSO:

( ) ALERGIA (R4)

( ) NEONATOLOGIA (R4)

( ) INFECTOLOGIA PEDIÁTRICA (R4)

( ) NEUROLOGIA

PEDIÁTRICA (R4) ( ) MEDICINA INTENSIVA (R4)

( ) PNEUMOLOGIA (R4)

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

SOLICITA:

<b>CONTEÚDO PROGRAMÁTICO</b>  ( ) Pediatria geral	<b>QUESTÃO</b>  Nº: _____	( ) Alteração de gabarito ( ) Anulação de questão
---	---------------------------------	--

FUNDAMENTAÇÃO:


Rio de Janeiro, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_\_.

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

**FORMULÁRIO PARA RECURSO DE QUESTÃO PROVA OBJETIVA**

ESPECIALIDADE/ÁREA:

( ) PEDIATRIA (IFF)

( ) GENÉTICA (IFF)

( ) OBSTETRÍCIA (IFF)

( ) INFECTOLOGIA ADULTO (INI)

**ATENÇÃO**

1 - Use uma folha para cada questão.

2 - Caso alguma questão seja anulada, os pontos a ela correspondentes serão atribuídos a todos/as os/as candidatos/as.

NOME DO/A CANDIDATO/A (LETRA DE FORMA)		Nº DE INSCRIÇÃO
NOME SOCIAL:		IDENTIDADE
ENDEREÇO	CEP	

SOLICITA:

<b>CONTEÚDO PROGRAMÁTICO</b>  ( ) Clínica Médica ( ) Cirurgia ( ) Medicina Preventiva e Social ( ) Ginecologia/Obstetrícia ( ) Pediatria	<b>QUESTÃO</b>  Nº: _____	  ( ) Alteração de gabarito ( ) Anulação de questão
--	---------------------------------	--

FUNDAMENTAÇÃO:


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

Assinatura do/a candidato/a

## RESIDÊNCIA DE MÉDICA 2025 – R1 IFF/Fiocruz

### FORMULÁRIO PARA RECURSO DE QUESTÃO PROVA OBJETIVA

ESPECIALIDADE/CURSO:

( ) CIRURGIA PEDIÁTRICA

**ATENÇÃO**

1 - Use uma folha para cada questão.

2 - Caso alguma questão seja anulada, os pontos a ela correspondentes serão atribuídos a todos/as os/as candidatos/as.

NOME DO/A CANDIDATO/A (LETRA DE FORMA)		Nº DE INSCRIÇÃO
NOME SOCIAL:		IDENTIDADE
ENDEREÇO	CEP	

SOLICITA:

<p><b>CONTEÚDO PROGRAMÁTICO</b></p> <p>( ) Cirurgia geral</p>	<p>QUESTÃO</p> <p>Nº: _____</p>	<p>( ) Alteração de gabarito</p> <p>( ) Anulação de questão</p>
---	---------------------------------	---

FUNDAMENTAÇÃO:


Rio de Janeiro, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.

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

## ANEXO 16 TERMO DE RENÚNCIA – ALOJAMENTO

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

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

\_\_\_\_\_  
Assinatura

## ANEXO 17 – DECLARAÇÃO DE NÃO CUSTEIO DE CURSO PREPARATÓRIO

Eu, \_\_\_\_\_, inscrito(a) no

CPF sob o nº \_\_\_\_\_, declaro para quaisquer  
das

situações descritas nas alíneas "a" a "e" do subitem 7.15.2 deste Edital, sob as penas previstas no art. 10 do [Decreto Federal nº 83.936, de 6 de setembro de 1979](#), que de acordo com o art.5º da [Resolução CNRM nº7/2010](#) que não custeei com recursos próprios curso preparatório para o

processo seletivo de ingresso no Programa de Residência Médica de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ ofertado pelo Instituto Nacional de

Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira (IFF) e Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). Estou ciente de que, em caso de declaração falsa, ficarei sujeito às sanções administrativas, civis e penais aplicáveis.

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

Rio de Janeiro,        /    /

\_\_\_\_\_  
Assinatura