

EDITAL FEVEREIRO DE 2025

PROCESSO SELETIVO PARA O CURSO DE APERFEIÇOAMENTO EM NÚCLEO INTERNO DE REGULAÇÃO (NIR)

A Sociedade Beneficente de Senhoras – Hospital Sírio-Libanês (HSL), associação sem fins lucrativos, inscrita no CNPJ sob o n.º 61.590.410/0001-24, com sede na Rua Dona Adma Jafet, n.º 91, no bairro da Bela Vista, Cidade de São Paulo, Estado de São Paulo, CEP 01.308-050, em parceria com o Ministério da Saúde (MS), por meio do Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (Proadi-SUS), torna pública e nos termos do presente edital, a realização de seleção de residentes ativos(as) de programas de residência médica ou de programas de residência em área profissional da saúde (uniprofissional e multiprofissional), preceptores(as), tutores(as), coordenadores(as) de programas de residência, gestores(as) e profissionais atuantes nas equipes dos Núcleos de Gestão e Regulação (NGR) previstos no Programa Mais Acesso a Especialistas (PMAE) ou em serviços do Sistema Único de Saúde (SUS) que sejam ambientes de prática das residências em saúde para o Curso de Aperfeiçoamento em Núcleo Interno de Regulação (NIR).

1. DO OBJETIVO

1.1. A presente iniciativa visa qualificar residentes ativos(as) de programas de residência médica ou de programas de residência em área profissional da saúde (uniprofissional e multiprofissional), preceptores(as), tutores(as), coordenadores(as) de programas de residência, gestores(as) e profissionais atuantes nas equipes dos Núcleos de Gestão e Regulação (NGR) previstos no Programa Mais Acesso a Especialistas (PMAE) ou em serviços do Sistema Único de Saúde (SUS) que sejam ambientes de prática das residências em saúde para a otimização dos serviços de saúde, com foco na melhoria de processos, alinhamento estratégico e aprimoramento da experiência dos usuários, por meio do desenvolvimento de competências em gestão eficiente e excelência operacional, preparando os profissionais para transformar e qualificar a assistência em saúde de forma estratégica e inovadora.

2. DO OBJETO

2.1. Este processo seletivo tem por objeto a seleção de residentes ativos(as) de programas de residência médica ou de programas de residência em área profissional da saúde (uniprofissional e multiprofissional), preceptores(as), tutores(as), coordenadores(as) de programas de residência, gestores(as) e profissionais atuantes nas equipes dos Núcleos de Gestão e Regulação (NGR) previstos no Programa Mais Acesso a Especialistas (PMAE) ou em serviços do Sistema Único de Saúde (SUS) que sejam ambientes de prática das residências em saúde para participação no Curso de Aperfeiçoamento em Núcleo Interno de Regulação (NIR).

3. DAS INFORMAÇÕES SOBRE O CURSO

- 3.1. Trata-se de uma estratégia educacional com carga horária de **180 (cento e oitenta) horas** de ensino à distância na modalidade síncrona e assíncrona com ênfase na aprendizagem baseada em projetos e aprendizagem baseada em problemas, que abordará a gestão de serviços de saúde no SUS e sua interface com a temática de regulação. Nesse sentido, serão trabalhados conceitos e determinantes da Saúde Pública no Brasil e seu modelo de atenção; a Política Nacional de Regulação do SUS, o reconhecimento e análise dos processos de trabalho dos Núcleos Internos de Regulação (NIR); a Política Nacional de Atenção Especializada, suas diretrizes, dimensões e eixos estruturantes, com foco em ações regulatórias produtoras de cuidado e dispositivos que fortaleçam a comunicação e integração entre os processos assistenciais e de gestão dos demais pontos de atenção da Rede de Atenção à Saúde; os conceitos e aplicação com base em gestão da informação, tomada de decisão e projetos.
- 3.2. A avaliação do conhecimento dar-se-á por meio de projeto de aplicação das ferramentas em ambiente simulado de trabalho de saúde ao qual o(a) candidato(a) está inserido(a).
- 3.3. Os critérios para certificação estão relacionados à conclusão de todas as atividades disponibilizadas na plataforma Canvas em até 6 meses após a data do primeiro acesso, bem como atingir critério satisfatório nas atividades realizadas.
- 3.4. Para a participação das atividades à distância, é desejável que o(a) candidato(a) tenha acesso à internet e demais ferramentas digitais necessárias, bem como disponibilidade para cumprimento da carga horária conforme disposto no Anexo 1.

4. DOS CRITÉRIOS DE ADMISSIBILIDADE

- 4.1. Para participar do processo seletivo do **Curso de Aperfeiçoamento em Núcleo Interno de Regulação (NIR)**, o candidato deverá atender a pelo menos um dos requisitos a seguir:
 - a) Ser **residente ativo(a)** de programas de residência médica ou de residência em área profissional da saúde (uniprofissional ou multiprofissional) de instituições federais vinculadas ao Ministério da Saúde (MS), de instituições federais vinculadas ao Ministério da Educação (MEC), de instituições públicas municipais, estaduais e distritais ou de instituições privadas sem fins lucrativos, credenciados pela CNRM ou CNRMS; ou
 - b) Ser **preceptor(a), tutor(a) ou coordenador(a)** de programa de residência médica ou de residência em área profissional da saúde (uniprofissional ou multiprofissional) de instituições federais vinculadas ao Ministério da Saúde (MS), de instituições federais vinculadas ao Ministério da Educação (MEC), de instituições públicas municipais, estaduais e distritais ou de instituições privadas sem fins lucrativos, credenciados pela CNRM ou CNRMS; ou
 - c) Ser **profissional de saúde de nível superior** atuante nas equipes dos Núcleos de Gestão e Regulação (NGR) previstos no Programa Mais Acesso a Especialistas (PMAE) que sejam ambientes de prática das residências em saúde;
 - d) Ser **profissional de saúde de nível superior** atuante em serviços do Sistema Único de Saúde (SUS) que sejam ambientes de prática das residências em saúde; ou
 - e) Ser **gestor(a) do SUS**.

5. DA OFERTA DE VAGAS

5.1. Serão ofertadas **160 vagas**, sendo:

5.1.1. 80 vagas no período de **05 de maio a 02 de novembro de 2025**; e

5.1.2. 80 vagas no período de **19 de maio a 16 de novembro de 2025**.

5.2. As vagas serão ofertadas para residentes ativos(as) de programas de residência médica ou de programas de residência em área profissional da saúde (uniprofissional e multiprofissional), preceptores(as), tutores(as), coordenadores(as) de programas de residência, gestores(as) e profissionais atuantes nas equipes dos Núcleos de Gestão e Regulação (NGR) previstos no Programa Mais Acesso a Especialistas (PMAE) ou em serviços do Sistema Único de Saúde (SUS) que sejam ambientes de prática das residências em saúde para participação no Curso de Aperfeiçoamento em Núcleo Interno de Regulação (NIR), conforme descrito no item 4 deste edital.

5.3. Os(as) candidatos(as) deverão se inscrever conforme o item 7, respeitando o cronograma descrito no Anexo 2 e serão classificados(as), conforme os critérios estabelecidos no item 8, até o quantitativo de vagas estabelecido no item 5.1.

5.4. Os(as) candidatos(as) classificados(as) fora do número de vagas irão compor o cadastro reserva que será formado por 50% do número total de vagas ofertadas.

5.5. Os(as) candidatos(as) do cadastro reserva poderão ser convidados(as) a efetuarem a matrícula na eventualidade de vacância de até 30 dias do início das atividades do curso.

6. DAS AÇÕES AFIRMATIVAS

6.1. Em conformidade com a Portaria GM/MS n.º 5.801, de 28 de novembro de 2024, serão destinadas vagas às ações afirmativas, assim distribuídas:

POPULAÇÃO	DISTRIBUIÇÃO DE VAGAS
Ampla concorrência	72
Pessoa autodeclarada negra	48
Pessoa autodeclarada com deficiência	16
Pessoa autodeclarada trans	8
Pessoa autodeclarada indígena	8
Pessoa autodeclarada quilombola	8

6.2. Os candidatos que se declararem pessoa com deficiência ou que se autodeclararem negros (pretos e pardos), ou indígenas, ou quilombolas, ou trans, e que optarem pelas vagas destinadas às ações afirmativas, deverão realizar os procedimentos descritos no Anexo 3 deste edital de seleção. Esses candidatos concorrerão, concomitantemente, às vagas destinadas à ampla concorrência, de acordo com a sua classificação no processo seletivo, e em igualdade de condições com os demais candidatos no que se refere à avaliação e aos critérios de aprovação.

6.3. A Sociedade Beneficente de Senhoras – Hospital Sírio-Libanês (HSL), nomeará uma banca de

heteroidentificação para validação das autodeclarações para as vagas afirmativas.

- 6.4. As vagas das ações afirmativas serão preenchidas de acordo com a classificação final geral do conjunto de optantes de cada categoria.
- 6.5. As vagas reservadas para as ações afirmativas que não forem preenchidas em razão do não atendimento aos critérios estabelecidos, nulidade da inscrição, reprovação na seleção ou por outros motivos administrativos ou legais, serão destinadas para ampla concorrência (AC).

7. DAS INSCRIÇÕES

- 7.1. O processo seletivo terá abrangência nacional.
- 7.2. A inscrição deverá ser realizada, exclusivamente, por meio de preenchimento do formulário eletrônico, disponível no link: <https://forms.gle/No1b9TQpxnmi9n5C9>. Havendo mais de uma inscrição por CPF, será considerada a mais recente.
- 7.3. O período de inscrição iniciará em **26 de fevereiro de 2025 e encerrará no dia 28 de março de 2025** às 23 horas e 59 minutos (horário de Brasília), conforme cronograma disposto no Anexo 2 do presente edital.
- 7.4. Não serão aceitas inscrições realizadas fora do prazo estipulado, com documentação incompleta ou submetidas via postal, fax, e-mail ou outro meio que não seja a plataforma indicada no presente edital para esse fim.
- 7.5. A Sociedade Beneficente de Senhoras Hospital Sírio-Libanês (HSL) não se responsabilizará por solicitações de inscrição não recebidas por motivo de ordem técnica dos equipamentos eletrônicos, falhas de comunicação e conexão com internet, congestionamento das linhas de comunicação, bem como outros fatores de ordem técnica que impossibilitem a transferência de dados durante o período de inscrição.
- 7.6. Será atribuído ao (a) candidato(a) a total responsabilidade pelas informações apresentadas, bem como pelo preenchimento correto do formulário eletrônico, reservando-se à Sociedade Beneficente de Senhoras Hospital Sírio-Libanês (HSL) o direito de excluir do processo seletivo aquele que preenchê-lo de forma incompleta, incorreta e/ou fornecer dados comprovadamente inverídicos, assim como submeter documentos incompletos, desatualizados, ilegíveis, arquivos corrompidos ou diferentes dos solicitados.
- 7.7. Ao efetuar a inscrição, o (a) candidato(a) está ciente de que, caso selecionado(a), todas as informações fornecidas poderão ser validadas, inclusive pela banca de heteroidentificação, para os casos descritos no item 6 deste Edital, ou ainda no momento da matrícula, podendo ser solicitado o envio de novos documentos comprobatórios, sendo que qualquer inconsistência ou ausência de comprovação poderá resultar na sua desclassificação do processo seletivo.
- 7.8. Não haverá cobrança de taxa de inscrição ou matrícula para a realização do curso.
- 7.9. As dúvidas deverão ser encaminhadas **exclusivamente** pelo e-mail: projetos.proadisus@hsl.org.br, utilizando-se no cabeçalho da mensagem o título **EDITAL FEVEREIRO DE 2025 - PROCESSO SELETIVO PARA O CURSO DE APERFEIÇOAMENTO EM NÚCLEO INTERNO DE REGULAÇÃO (NIR)**

8. DOS CRITÉRIOS DE CLASSIFICAÇÃO E SELEÇÃO

- 8.1. O processo de seleção será conduzido pela Sociedade Beneficente de Senhoras Hospital Sírio-Libanês (HSL);
- 8.2. Todos(as) os(as) candidatos(as) que atenderem aos critérios de admissibilidade serão classificados(as) e a ordem de classificação dos(as) aprovados(as) dar-se-á conforme o somatório de pontos estabelecidos pelos seguintes critérios:

CRITÉRIOS DE CLASSIFICAÇÃO	PONTUAÇÃO
Ser residente de programa de residência Médica ou residência em Área Profissional da Saúde cuja natureza jurídica seja pública	80
Ser residente de programa de residência médica ou residência em área profissional da saúde em instituição cuja natureza jurídica seja privada sem fins lucrativos	70
Ser preceptor, tutor ou coordenador de programa de residência Médica ou residência em Área Profissional da Saúde cuja natureza jurídica seja pública	60
Ser preceptor, tutor ou coordenador de programa de residência Médica ou residência em Área Profissional da Saúde cuja natureza jurídica seja privada sem fins lucrativos	50
Ser profissional que atua nas equipes dos Núcleos de Gestão e Regulação (NGR) previstos no Programa Mais Acesso a Especialistas (PMAE) que sejam ambientes de prática das residências em saúde	40
Ser profissional que atua nos serviços do Sistema Único de Saúde (SUS) que sejam ambientes de prática das residências em saúde	30
Ser residente, preceptor, tutor ou coordenador de programa de residência em saúde, ou ser profissional ou gestor(a) de saúde do SUS em UF da Amazônia Legal	20
Ser residente, preceptor, tutor ou coordenador de Programa de Residência de Escola do SUS	10

- 8.3. Todos(as) os(as) candidatos(as) que atenderem aos critérios de admissibilidade serão classificados(as) e a ordem de classificação será utilizada para orientar o preenchimento das vagas.

9. DOS CRITÉRIOS DE DESEMPATE

- 9.1. Caso o número de candidatos(as) selecionados(as) após classificação, conforme os critérios estabelecidos no item 8 deste edital, supere o quantitativo de vagas por turma, será considerado, como critério de desempate, na seguinte ordem, o(a) candidato(a) que:

- 9.1.1. Possuir maior idade, considerando o dia, mês e ano de nascimento.

10. DOS RESULTADOS DA CLASSIFICAÇÃO

- 10.1. O resultado da classificação será divulgado no site <https://hospitais.proadi-sus.org.br/>, conforme cronograma disposto no Anexo 2 deste edital.

11. DOS RECURSOS

- 11.1. Os recursos deverão ser interpostos no prazo apresentado, conforme cronograma disposto no Anexo 2 deste edital.
- 11.2. Os recursos devem ser enviados exclusivamente para o endereço eletrônico projetos.proadisus@hsl.org.br, com o assunto: **RECURSO EDITAL FEVEREIRO DE 2025 DO PROCESSO SELETIVO PARA O CURSO DE APERFEIÇOAMENTO EM NÚCLEO INTERNO DE REGULAÇÃO (NIR)**, conforme modelo disposto no Anexo 4.
- 11.3. Será admitido apenas um único recurso por candidato(a), devidamente fundamentados, com clareza, concisão e objetividade, informando as razões pelas quais discorda do resultado.
- 11.4. Serão indeferidos os recursos enviados fora do prazo ou preenchidos de maneira incorreta, incompleta, em branco ou sem fundamentação, assim como aqueles enviados por meio diverso do previsto neste edital.
- 11.5. Os(as) candidatos(as) receberão por e-mail o resultado da análise do recurso interposto.
- 11.6. A Sociedade Beneficente de Senhoras – Hospital Sírio-Libanês (HSL) não se responsabiliza por recursos não transmitidos ou não recebidos por motivos de ordem técnica dos equipamentos eletrônicos, falha de comunicação, congestionamento das linhas de comunicação e de transmissão de dados, falta de energia elétrica, bem como outros fatores de ordem técnica que impeçam a transferência de dados.

12. DA MATRÍCULA

- 12.1. Após a publicação do resultado final, de acordo com a ordem de classificação dos(as) candidatos(as), a Sociedade Beneficente de Senhoras – Hospital Sírio-Libanês (HSL) entrará em contato, por meio do endereço de e-mail informado no ato da inscrição, solicitando a confirmação da matrícula e envio da documentação necessária, conforme disposto abaixo:
- 12.1.1. Documentação necessária para todos os(as) candidatos(as):
- Documento oficial de identidade – RG (frente e verso); se estrangeiro, cópia do passaporte/visto de permanência no país ou RNE;
 - Cadastro de Pessoa Física (CPF);
 - Comprovante de endereço atualizado, dos últimos três meses; e
 - Diploma de Graduação (frente e verso); se estrangeiro(a), diploma de graduação expedido por universidades estrangeiras revalidados por universidades públicas brasileiras que tenham curso do mesmo nível e área ou equivalente, respeitando os acordos internacionais de reciprocidade ou equiparação.
- 12.1.2. Documentação necessária para Residentes ativos(as):
- Declaração de matrícula do programa de residência (com data de início e término) emitida e assinada pelo(a) coordenador(a) do programa ou coordenador(a) de Coreme ou Coremu, conforme Anexo 5.
- 12.1.3. Documentação necessária para preceptor(a), tutor(a) de programa de residência:
- Declaração da instituição de ensino comprovando a atuação em programas de residência assinada pelo coordenador(a) de Coreme, Coremu ou diretor(a) de escola do SUS, conforme Anexo 6.

12.1.4. Documentação necessária para coordenador(a) de programa de residência:

- a) Declaração da instituição de ensino comprovando a atuação em programas de residência assinada pelo(a) gestor(a) da unidade de ensino, conforme Anexo 7.

12.1.5. Documentação necessária para profissionais atuantes nas equipes dos Núcleos de Gestão e Regulação (NGR) previstos no Programa Mais Acesso a Especialistas (PMAE) ou em serviços do Sistema Único de Saúde (SUS) que sejam ambientes de prática das residências em saúde:

- a) Declaração da instituição de saúde atestando o vínculo profissional no ambiente de prática e sua liberação assinada pelo(a) gestor(a) para participação no curso, conforme Anexo 8.

12.1.6. Documentação necessária para gestor(a) do SUS:

- a) Portaria de nomeação e designação para ocupação de cargos em comissão e em funções comissionadas.

12.2. O(a) candidato(a) será desclassificado(a) se não apresentar, no momento solicitado, toda a documentação exigida no item 12 deste edital de forma completa, correta, atualizada e legível, ou caso forneça dados comprovadamente inverídicos.

13. DA PROTEÇÃO DE DADOS PESSOAIS

13.1. A Sociedade Beneficente de Senhoras – Hospital Sírio-Libanês (HSL) poderá solicitar e fazer uso das informações ou fornecê-las ao Ministério da Saúde, quando necessário, garantindo sigilo aos dados pessoais, conforme previsto na Lei n.º 13.709, de 14 de agosto de 2018 (Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais – LGPD).

13.2. O(a) candidato(a) poderá obter maiores informações sobre como a Sociedade Beneficente de Senhoras – Hospital Sírio-Libanês (HSL) realiza o tratamento de seus dados pessoais ao acessar a Política de Privacidade disponível no site <https://www.hospitalsiriolibanes.org.br/Paginas/politica-de-privacidade.aspx>, podendo exercer os direitos previstos na LGPD ou encaminhar suas dúvidas ao escritório de proteção de dados, por meio do endereço eletrônico <dpo.hsl@lbca.com.br>, com a indicação do assunto: **EDITAL FEVEREIRO DE 2025 DO PROCESSO SELETIVO PARA O CURSO DE APERFEIÇOAMENTO EM NÚCLEO INTERNO DE REGULAÇÃO (NIR)**.

14. DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

14.1. Para todos os efeitos deste processo seletivo, será adotado o horário oficial de Brasília/DF.

14.2. Os prazos constantes neste edital poderão ser alterados ou prorrogados, se necessário, a critério do Ministério da Saúde ou da Sociedade Beneficente de Senhoras – Hospital Sírio-Libanês (HSL), com a devida divulgação no endereço eletrônico <https://hospitais.proadi-sus.org.br/>

14.3. A participação do(a) candidato(a) implica o conhecimento e a aceitação tácita das instruções deste edital, bem como das normas legais aplicáveis.

14.4. Somente serão certificados para curso, os(as) candidatos(as) que atenderem aos critérios dispostos no presente edital.

- 14.5. Será desconsiderada a participação da instituição e ou do(a) candidato(a) que prestar declarações, ou apresentar, documentos falsos em quaisquer das etapas do processo seletivo.
- 14.6. Este edital poderá ser alterado ou cancelado por decisão do Ministério da Saúde ou da Sociedade Beneficente de Senhoras – Hospital Sírio-Libanês (HSL), não cabendo recurso de qualquer natureza.
- 14.7. Cabe a Sociedade Beneficente de Senhoras – Hospital Sírio-Libanês (HSL) a resolução de casos omissos, situações não previstas, bem como adequações necessárias em observância ao disposto neste processo seletivo.
- 14.8. As dúvidas deverão ser enviadas, exclusivamente, para o endereço eletrônico projetos.proadisus@hsl.org.br, utilizando-se no título do assunto: **EDITAL FEVEREIRO DE 2025 DO PROCESSO SELETIVO PARA O CURSO DE APERFEIÇOAMENTO EM NÚCLEO INTERNO DE REGULAÇÃO (NIR)**.

São Paulo, 26 de fevereiro de 2025.

Vania Rodrigues Bezerra
Diretora de Compromisso Social

ANEXO 1 - MODELO DE TERMO DE COMPROMISSO DO(A) CANDIDATO(A)

TERMO DE COMPROMISSO

Eu, [NOME COMPLETO DO(A) CANDIDATO(A)], portador(a) do CPF nº [NÚMERO DO CPF] e RG nº [NÚMERO DO RG], residente no endereço [ENDEREÇO COMPLETO] declaro, para os fins específicos de atendimento ao edital do Processo Seletivo para o Curso de Aperfeiçoamento em Núcleo Interno de Regulação (NIR), meu compromisso com o cumprimento das orientações deste edital, principalmente no que tange às informações do curso, conforme descrito no item 3, principalmente no que tange à participação das atividades à distância, acesso à internet e demais ferramentas digitais necessárias, bem como disponibilidade para cumprimento da carga horária do curso que é de 180 horas. Nesse sentido, descrevo também minhas motivações para participação da iniciativa [DESCREVER AS PRINCIPAIS MOTIVAÇÕES].

[CIDADE/UF], [DATA].

Assinatura:

[NOME COMPLETO DO(A) CANDIDATO(A)]

Contato: [TELEFONE]

E-mail: [E-MAIL]

ANEXO 2 - CRONOGRAMA

Etapas	Descrição	Prazos
Inscrição	Preenchimento e envio do formulário eletrônico conforme item 7 deste edital.	26/02/2025 - 28/03/2025
Classificação	Análise das inscrições e comprovações, de acordo com os critérios de classificação previstos no item 8 deste edital.	04/04/2025 - 10/04/2025
	Realização das bancas de heteroidentificação	14/04/2025 - 17/04/2025
Resultado	Divulgação da lista preliminar dos(as) classificados(as).	22/04/2025
	Interposição de recursos quanto a lista preliminar.	23/04/2025 - 25/04/2025
	Divulgação da lista final dos(as) selecionados(as) após análise dos eventuais recursos interpostos.	02/05/2025
Matrícula	Convocação dos(as) candidatos(as) para matrícula.	02/05/2025

Importante: havendo alterações deste cronograma a Sociedade Beneficente de Senhoras – Hospital Sírio-Libanês (HSL) se compromete em comunicar os(as) candidatos(as) em tempo oportuno.

ANEXO 3 - DOCUMENTAÇÃO E PROCEDIMENTOS PARA INSCRIÇÃO DE CANDIDATOS QUE OPTAREM PELAS VAGAS DESTINADAS ÀS AÇÕES AFIRMATIVAS

Conforme previsto na Portaria GM/MS n.º 5.801, de 28 de novembro de 2024, que institui o Programa de Ações Afirmativas do Ministério da Saúde, o enquadramento na reserva de vagas deverá ser comprovado da seguinte forma:

I - para as pessoas autodeclaradas negras: autodeclaração de raça/cor a ser informada no formulário de inscrição e posteriormente validado seu fenótipo por meio de videochamada pela banca de heteroidentificação, estabelecida para esse processo seletivo simplificado;

II - para pessoas indígenas: autodeclaração a ser informada no formulário de inscrição, comprovada com a cópia do Registro Administrativo de Nascimento e Óbito de Índios (Rani) ou declaração de pertencimento emitida pelo grupo indígena assinada por liderança local a ser enviada para o e-mail projetos.proadisus@hsl.org.br durante o período vigente de inscrições (Modelo Anexo 3.1);

III - para pessoas quilombolas: autodeclaração a ser informada no formulário de inscrição, com cópia da declaração de pertencimento emitida e assinada por liderança ou associação local, ou certificado de reconhecimento do território de pertencimento emitido pela Fundação Cultural Palmares (FCP), nos casos em que houver, a ser enviada para o e-mail projetos.proadisus@hsl.org.br durante o período vigente de inscrições (Modelo Anexo 3.2);

IV - para pessoas com deficiência: autodeclaração a ser informada no formulário de inscrição e Laudo Médico (original ou cópia autenticada), por médico especialista na deficiência apresentada, atestando a espécie e o grau, ou nível da deficiência ou do suporte necessário, com expressa referência ao código correspondente da Classificação Internacional de Doenças (CID-10) a ser enviado a ser enviada para o e-mail projetos.proadisus@hsl.org.br durante o período vigente de inscrições (Modelo Anexo 3.3);

V - para as pessoas trans, com autodeclaração a ser informada no formulário de inscrição.

ANEXO 3.1 - DECLARAÇÃO ÉTNICO-COMUNITÁRIA INDÍGENA

Nós, abaixo assinados, na qualidade de lideranças da [NOME DA COMUNIDADE INDÍGENA], pertencente ao povo [NOME DO POVO INDÍGENA], localizada no município de [NOME DO MUNICÍPIO], estado de [NOME DO ESTADO], declaramos, para os devidos fins, que [NOME DO CANDIDATO (A)], portador(a) do documento de identidade nº [NÚMERO DO RG] e CPF nº [NÚMERO DO CPF], é membro reconhecido(a) desta comunidade.

A presente declaração é emitida para comprovação de pertencimento étnico e comunitário indígena para o Processo Seletivo para o Curso Aperfeiçoamento em Núcleo Interno de Regulação (NIR), conforme EDITAL FEVEREIRO DE 2025 - PROCESSO SELETIVO PARA O CURSO DE APERFEIÇOAMENTO EM NÚCLEO INTERNO DE REGULÇÃO (NIR) .

Atestamos que [NOME DO CANDIDATO (A)] mantém vínculos históricos, sociais, culturais e territoriais com o povo e a comunidade indígena mencionada, sendo reconhecido como membro ativo e participante da vida comunitária.

Por ser expressão da verdade, firmamos esta declaração.

[CIDADE/UF], [DATA].

Assinaturas das Lideranças Indígenas:

1. Nome Completo

CPF:

Assinatura: _____

2. Nome Completo

CPF:

Assinatura: _____

3. Nome Completo

CPF:

Assinatura: _____

ANEXO 3.2 - DECLARAÇÃO ÉTNICO-QUILOMBOLA

Nós, abaixo assinados, representantes da Comunidade Quilombola [NOME DA COMUNIDADE], localizada no município de [NOME DO MUNICÍPIO], estado de [NOME DO ESTADO], declaramos, para os devidos fins, que [NOME DO CANDIDATO (A)], portador(a) do documento de identidade nº [NÚMERO DO RG] e CPF nº [NÚMERO DO CPF], é membro reconhecido(a) desta comunidade.

A presente declaração é emitida para comprovação de pertencimento étnico quilombola para o Processo Seletivo para o Curso de Aperfeiçoamento em Núcleo Interno de Regulação (NIR), conforme EDITAL FEVEREIRO DE 2025 - PROCESSO SELETIVO PARA O CURSO DE APERFEIÇOAMENTO EM NÚCLEO INTERNO DE REGULAÇÃO (NIR).

Atestamos que [NOME DO CANDIDATO (A)] participa da vida comunitária e mantém vínculos históricos, culturais e sociais com nossa comunidade quilombola.

Por ser expressão da verdade, firmamos esta declaração.

[CIDADE/UF], [DATA].

Assinaturas das Lideranças Indígenas:

1. Nome Completo

CPF:

Assinatura: _____

2. Nome Completo

CPF:

Assinatura: _____

3. Nome Completo

CPF:

Assinatura: _____

ANEXO 3.3 - FORMULÁRIO PARA PESSOAS COM DEFICIÊNCIA

Dados do(a) Candidato(a):

Nome Completo: _____

CPF: _____

RG: _____ Órgão Expedidor: _____

Data de Nascimento: __/__/____

Endereço Completo: _____

Cidade: _____ Estado: ____ CEP: _____

Telefone para Contato: () _____

E-mail: _____

Informações sobre a Deficiência:

Tipo de Deficiência (assinale a opção correspondente):

Física

Visual

Auditiva

Intelectual

Múltipla

Outra (especificar): _____

CID-10 (Classificação Internacional de Doenças): _____

Descrição da Deficiência: _____

Descreva as condições especiais para a realização do curso a que está se candidatando:

Anexos Necessários:

- Laudo médico atualizado (emitido há no máximo 12 meses), contendo:
 - Diagnóstico e descrição da deficiência.
 - CID correspondente.
 - Assinatura, carimbo e CRM do médico responsável
- Declaração de que a deficiência não impede o exercício das funções para o curso a que está se candidatando

Declaração do(a) Candidato(a):

Declaro, para os devidos fins, que as informações prestadas neste formulário são verdadeiras e estou ciente de que a falsidade nas declarações implicará na desclassificação do processo seletivo, sem prejuízo de outras sanções legais.

[CIDADE/UF], [DATA].

Assinatura do(a) Candidato(a): _____

ANEXO 4 - MODELO DE FORMULÁRIO PARA INTERPOSIÇÃO DE RECURSOS

Assunto: Interposição de Recurso para o **EDITAL DO PROCESSO SELETIVO PARA O CURSO DE APERFEIÇOAMENTO EM NÚCLEO INTERNO DE REGULAÇÃO (NIR)/2025**

Eu, [NOME COMPLETO DO(A) CANDIDATO(A)], portador(a) do CPF nº [NÚMERO DO CPF] e RG nº [NÚMERO DO RG], residente no endereço [ENDEREÇO COMPLETO], venho, respeitosamente, interpor recurso em face do resultado/decisão/divulgação referente a etapa classificatória do Processo Seletivo para o Curso de Aperfeiçoamento em Núcleo Interno de Regulação (NIR), promovido pelo Hospital Sírio-Libanês em parceria com o Ministério da Saúde, conforme EDITAL FEVEREIRO DE 2025 - PROCESSO SELETIVO PARA O CURSO DE APERFEIÇOAMENTO EM NÚCLEO INTERNO DE REGULAÇÃO (NIR).

1. Justificativa do Recurso:

[Descreva de forma objetiva e clara o motivo do recurso. Explique o que foi identificado como incorreto, inconsistente ou incompatível com o edital. Caso necessário, cite itens específicos do edital que embasam sua contestação]. Exemplo:

- Item contestado: [DESCREVER]
- Motivo do recurso: [EXPLICAR DE FORMA BREVE, COMO UM ERRO DE PONTUAÇÃO, CLASSIFICAÇÃO]
- Fundamentação: [CITAR ARTIGOS/ITENS DO EDITAL, QUANDO APLICÁVEL]

2. Solicitação:

Diante dos fatos apresentados, solicito a reavaliação de minha situação no referido processo seletivo e a devida retificação, caso procedente o argumento exposto.

3. Documentos Anexos:

- [CITAR OS DOCUMENTOS CASO SEJAM ANEXADOS QUE PARA EMBASAR O RECURSO].

Termos em que,
Pede deferimento.

[CIDADE/UF], [DATA].

Assinatura:

[NOME COMPLETO DO(A) CANDIDATO(A)]

Contato: [TELEFONE]

E-mail: [E-MAIL]

ANEXO 5 - MODELO DE DECLARAÇÃO DE MATRÍCULA DO(A) RESIDENTE

[A SER ELABORADO EM PAPEL TIMBRADO DA INSTITUIÇÃO, CONTENDO NOME, ENDEREÇO E CNPJ]

DECLARAÇÃO DE MATRÍCULA

Declaramos, para os devidos fins, que o(a) residente [NOME COMPLETO DO(A) RESIDENTE], portador(a) do CPF nº [NÚMERO DO CPF], matrícula nº [NÚMERO DA MATRÍCULA], encontra-se regularmente matriculado(a) e em pleno exercício das atividades no programa de residência [MÉDICA OU EM ÁREA PROFISSIONAL DA SAÚDE], na área de [ESPECIALIDADE OU ÁREA DE CONCENTRAÇÃO], oferecido por esta instituição.

O programa tem duração total de [DURAÇÃO TOTAL EM ANOS] e foi iniciado em [DATA DE INÍCIO], com término previsto para [DATA DE TÉRMINO].

Ressaltamos que o(a) residente cumpre suas atividades práticas e teóricas conforme a regulamentação do programa estabelecida pela [CNRM ou /CNRMS].

Por ser a expressão da verdade, emitimos a presente declaração a pedido do(a) interessado(a), para os fins que se fizerem necessários.

[CIDADE/UF], [DATA].

Assinatura:

[NOME DO COORDENADOR(A) DO PROGRAMA OU COORDENADOR(A) DA COREME OU COREMU]
[SEÇÃO OU DEPARTAMENTO RESPONSÁVEL]
[TELEFONE E/OU E-MAIL PARA CONTATO]

ANEXO 6 - MODELO DE DECLARAÇÃO PARA PRECEPTOR(A)/ TUTOR(A) DE PROGRAMA DE RESIDÊNCIA

[A SER ELABORADO EM PAPEL TIMBRADO DA INSTITUIÇÃO, CONTENDO NOME, ENDEREÇO E CNPJ]

DECLARAÇÃO

Declaramos, para os devidos fins, que o(a) preceptor(a)/tutor(a) [NOME COMPLETO], portador(a) do CPF nº [NÚMERO DO CPF], matrícula nº [NÚMERO DA MATRÍCULA], encontra-se em pleno exercício das atividades no programa de residência [MÉDICA OU EM ÁREA PROFISSIONAL DA SAÚDE], na área de [ESPECIALIDADE OU ÁREA DE CONCENTRAÇÃO], oferecido por esta instituição.

Por ser a expressão da verdade, emitimos a presente declaração a pedido do(a) interessado(a), para os fins que se fizerem necessários.

[CIDADE/UF], [DATA].

Assinatura:

[NOME DO COORDENADOR(A) DO PROGRAMA OU COORDENADOR(A) DA COREME OU COREMU]

[SEÇÃO OU DEPARTAMENTO RESPONSÁVEL]

[TELEFONE E/OU E-MAIL PARA CONTATO]

ANEXO 7 - MODELO DE DECLARAÇÃO PARA COORDENADOR(A) DE PROGRAMA DE RESIDÊNCIA

[A SER ELABORADO EM PAPEL TIMBRADO DA INSTITUIÇÃO, CONTENDO NOME, ENDEREÇO E CNPJ]

DECLARAÇÃO

Declaramos, para os devidos fins, que o(a) coordenador(a) [NOME COMPLETO], portador(a) do CPF nº [NÚMERO DO CPF], matrícula nº [NÚMERO DA MATRÍCULA], encontra-se em pleno exercício das atividades no programa de residência [MÉDICA OU EM ÁREA PROFISSIONAL DA SAÚDE], na área de [ESPECIALIDADE OU ÁREA DE CONCENTRAÇÃO], oferecido por esta instituição.

Por ser a expressão da verdade, emitimos a presente declaração a pedido do(a) interessado(a), para os fins que se fizerem necessários.

[CIDADE/UF], [DATA].

Assinatura:

[NOME E CARGO DO GESTOR(A) DA UNIDADE DE ENSINO]

[SEÇÃO OU DEPARTAMENTO RESPONSÁVEL]

[TELEFONE E/OU E-MAIL PARA CONTATO]

ANEXO 8 - MODELO DE DECLARAÇÃO PARA OS PROFISSIONAIS DOS NÚCLEOS DE GESTÃO E REGULAÇÃO (NGR) OU EM SERVIÇOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

[A SER ELABORADO EM PAPEL TIMBRADO DA INSTITUIÇÃO, CONTENDO NOME, ENDEREÇO E CNPJ]

DECLARAÇÃO

Declaramos, para os devidos fins, que o(a) trabalhador [NOME COMPLETO], portador(a) do CPF nº [NÚMERO DO CPF], matrícula nº [NÚMERO DA MATRÍCULA], encontra-se em pleno exercício das atividades laborais no [NÚCLEO DE GESTÃO E REGULAÇÃO ou DESCREVER O SERVIÇO DE SAÚDE] desta instituição. Declaramos ainda sua liberação para realização das atividades do curso.

Por ser a expressão da verdade, emitimos a presente declaração a pedido do(a) interessado(a), para os fins que se fizerem necessários.

[CIDADE/UF], [DATA].

Assinatura:

[NOME E CARGO DO RESPONSÁVEL PELA EMISSÃO]

[SEÇÃO OU DEPARTAMENTO RESPONSÁVEL]

[TELEFONE E/OU E-MAIL PARA CONTATO]