

## EDITAL JANEIRO DE 2026

### PROCESSO SELETIVO PARA O CURSO TEÓRICO-PRÁTICO DE GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE

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 candidatos(as) para o Curso Teórico-Prático de Gestão de Serviços de Saúde.

#### 1. DO OBJETIVO

1.1. A presente iniciativa visa qualificar residentes de programas de residência médica ou de residência em área profissional da saúde (uniprofissional ou multiprofissional); preceptores, tutores(as) ou coordenadores(as) de programas de residência; profissionais de saúde de nível superior que atuam 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; profissionais de saúde que atuam em serviços do Sistema Único de Saúde (SUS) que sejam ambientes de prática das residências em saúde; e gestores(as) do SUS 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 NGR previstos no PMAE ou em serviços do SUS que sejam ambientes de prática das residências em saúde para participação no Curso Teórico-Prático de Gestão de Serviços de Saúde.

### 3. DAS INFORMAÇÕES SOBRE O CURSO

- 3.1. Trata-se de uma estratégia educacional em formato de curso teórico-prático tutorado à distância, com carga horária de **80 (oitenta) horas** de ensino na modalidade EaD, com atividades assíncronas e com ênfase na aprendizagem baseada em projetos e problemas, que abordará a gestão de serviços de saúde nos conceitos e determinantes da saúde pública no Brasil e seu modelo de atenção, incluindo a Política Nacional de Atenção Especializada (PNAES) e o Programa Mais Acesso a Especialistas (PMAE); elementos teóricos, ferramentas e metodologias para planejamento estratégico, qualidade e práticas inovadoras em saúde.
- 3.2. O curso será ofertado no período de **março de 2026 a junho de 2026 (turma 3)** e de **junho a outubro de 2026 (turma 4)**, sendo as vagas distribuídas por ordem de classificação.
- 3.3. 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).
- 3.4. Os critérios para certificação estão relacionados à conclusão de todas as atividades disponibilizadas na plataforma Canvas em até 3 meses após a data de início do curso, bem como atingir critério satisfatório nas atividades realizadas.
- 3.5. Para a participação das atividades à distância, o(a) candidato(a) deverá ter acesso à internet e demais ferramentas digitais necessárias, bem como disponibilidade para cumprimento da carga horária do curso conforme disposto no Anexo 1.

### 4. DOS CRITÉRIOS DE ADMISSIBILIDADE

- 4.1. Para participar do processo seletivo do **Curso Teórico-Prático de Gestão de Serviços de Saúde**, o(a) candidato(a) deverá escolher 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 públicas federais, estaduais, distritais ou municipais ou de instituições privadas sem fins lucrativos, credenciados pela Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM) ou Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (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 públicas federais, estaduais, distritais ou municipais 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; ou
- d) Ser **profissional de saúde de nível superior** atuante em serviços do SUS que são **ambientes de prática das residências em saúde**, mas que não exerce funções de preceptor, tutor ou coordenador de programa de residência; ou
- e) Ser **gestor(a) do SUS**.

## 5. DA OFERTA DE VAGAS

- 5.1. Serão ofertadas **160 vagas** para o Curso Teórico-Prático de Gestão de Serviços de Saúde:
- 5.2. 80 vagas no período de **24 de março a 29 de junho de 2026**; e
- 5.3. 80 vagas no período de **30 de junho a 05 de outubro de 2026**.
- 5.4. 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 NGR previstos no PMAE ou em serviços do SUS que sejam ambientes de prática das residências em saúde para participação no Curso Teórico-Prático de Gestão de Serviços de Saúde, conforme descrito no item 4 deste edital.
- 5.5. 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.
- 5.6. 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.
- 5.7. 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(As) candidatos(as) 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.

- 6.2.1. A Sociedade Beneficente de Senhoras – Hospital Sírio-Libanês (HSL), nomeará uma banca de heteroidentificação para validação das autodeclarações para as vagas afirmativas. A banca de

heteroidentificação será realizada exclusivamente para os(as) candidatos(as) classificados(as) nas vagas destinadas às ações afirmativas para pessoa autodeclarada negra. A convocação para a banca de heteroidentificação será divulgada em lista nominal, por ordem alfabética, na página oficial do processo seletivo.

- 6.2.2. As convocações para a banca de heteroidentificação serão realizadas exclusivamente por meio de publicação na página oficial do processo seletivo, com antecedência mínima de 48 horas da data agendada. Adicionalmente, o(a) candidato(a) receberá no e-mail informado durante a inscrição, informações sobre a data, horário e link para videochamada. Portanto, é de responsabilidade do(a) candidato(a) acompanhar todas as comunicações publicadas na página oficial do processo seletivo e/ou enviadas ao e-mail informado no momento da inscrição, incluindo a verificação das pastas de spam e lixo eletrônico.
- 6.2.3. Por questões estritamente operacionais e logísticas, serão publicadas, no máximo, cinco (5) listas de convocação para a banca de heteroidentificação, observada a ordem de classificação e o número de vagas disponíveis. Será garantida antecedência mínima de 48 (quarenta e oito) horas entre a publicação da convocação e a realização da banca.
- 6.2.4. O(A) candidato(a) que, estando convocado(a) para a banca de heteroidentificação, deixar de comparecer, não apresentar a documentação exigida ou não atender às instruções publicadas no Anexo 3 será automaticamente eliminado(a) do processo seletivo para as vagas destinadas às ações afirmativas, permanecendo, contudo, habilitado(a) para disputar as vagas de ampla concorrência, nos termos deste edital.
- 6.2.5. O(A) candidato(a) que não for convocado(a) para a banca de heteroidentificação, em razão do limite de convocação estabelecido, permanecerá concorrendo exclusivamente às vagas de ampla concorrência, conforme disposto neste edital.
- 6.2.6. O(A) candidato(a) indeferido(a) pela banca de heteroidentificação concorrerá automaticamente às vagas de ampla concorrência, observada sua classificação geral.
- 6.3. As vagas das ações afirmativas serão preenchidas de acordo com a classificação final do conjunto de optantes de cada categoria.
- 6.4. 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, também serão destinadas para ampla concorrência.

## 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/ripYLyn9cPycAWap6>. Havendo mais de uma inscrição por CPF, será considerada a mais recente.
- 7.3. O período de inscrição iniciará em **19 de janeiro de 2026** e encerrará no dia **18 de fevereiro de 2026** às 17:00 horas (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 preenche-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](mailto:projetos.proadisus@hsl.org.br), utilizando-se no cabeçalho da mensagem o título **EDITAL JANEIRO DE 2026 – PROCESSO SELETIVO PARA O CURSO TEÓRICO-PRÁTICO DE GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE**.

## 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 <b>natureza jurídica seja pública</b>	90
Ser preceptor, tutor ou coordenador de programa de residência médica ou residência em área profissional da saúde cuja <b>natureza jurídica seja pública</b>	80
Ser residente de programa de residência médica ou residência em área profissional da saúde em instituição cuja <b>natureza jurídica seja privada sem fins lucrativos</b>	70
Ser preceptor, tutor ou coordenador de programa de residência médica ou residência em área profissional da saúde cuja <b>natureza jurídica seja privada sem fins lucrativos</b>	60
Ser profissional que atua nas equipes dos Núcleos de Gestão e Regulação (NGR) previstos no Programa Mais Acesso a Especialistas (PMAE) que sejam <b>ambientes de prática das residências em saúde</b>	50
Ser profissional que atua em serviços do Sistema Único de Saúde (SUS) que são <b>ambientes de prática das residências em saúde</b> , mas que não exerce funções de preceptor, tutor ou coordenador de programa de residência	40
Ser residente, preceptor, tutor ou coordenador de programa de residência em saúde, ou ser profissional ou gestor(a) de saúde do SUS em <b>UF da Amazônia Legal</b>	30

CRITÉRIOS DE CLASSIFICAÇÃO	PONTUAÇÃO
Ser residente, preceptor, tutor ou coordenador de Programa de Residência de <b>Escola do SUS</b>	20
Ser gestor(a) 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 a maior idade, considerando o dia, mês e ano de nascimento.

## 10. DOS RESULTADOS

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

10.2. A lista preliminar de classificação será publicada em ordem classificatória, contendo exclusivamente os(as) candidatos(as) classificados(as), sem a divulgação das notas individuais, limitada a até 5 (cinco) vezes o número de vagas ofertadas.

10.3. A lista final será publicada com a relação nominal, respeitando a ordem de classificação, contendo apenas os(as) candidatos(as) classificados(as) e o tipo de vaga final atribuída (ampla concorrência ou afirmativa), sem divulgação de notas individuais.

10.4. É de responsabilidade do(a) candidato(a) acompanhar todas as comunicações publicadas na página oficial do processo seletivo e/ou enviadas ao e-mail informado no momento da inscrição, incluindo a verificação das pastas de spam e lixo eletrônico.

## 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](mailto:projetos.proadisus@hsl.org.br), com o assunto: **"RECURSO EDITAL JANEIRO DE 2026 – PROCESSO SELETIVO PARA O CURSO TEÓRICO-PRÁTICO DE GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE"**, conforme modelo disposto no Anexo 4.

11.3. Será admitido apenas um único recurso por candidato(a), devidamente fundamentado, 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, em **até cinco (5) dias úteis**, conforme disposto abaixo:

12.1.1. Documentação necessária para **todos os(as) candidatos(as)**:

- a) Documento oficial de identidade – RG (frente e verso); se estrangeiro, cópia do passaporte/visto de permanência no país ou RNE;
- b) Cadastro de Pessoa Física (CPF);
- c) Comprovante de endereço atualizado, dos últimos três meses;
- d) 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; e
- e) Termo de Compromisso do(a) candidato(a) (Anexo 1).

12.1.2. Documentação necessária para **Residentes ativos(as)**:

- a) 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**:

- a) Declaração da instituição de ensino comprovando a atuação em programa 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 ou saúde comprovando a atuação em programa de residência assinada pelo(a) gestor(a) da unidade de ensino ou saúde, 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 ou em funções comissionadas; ou
- b) Declaração institucional de ocupação em cargo de gestão no âmbito do SUS, conforme Anexo 9.

**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.

**12.3.** Os(as) candidatos(as) deverão realizar a matrícula nos prazos estabelecidos no Anexo 2, a fim de garantir o acesso à plataforma antes do início das atividades.

**12.4.** É de responsabilidade do(a) candidato(a) acompanhar todas as comunicações publicadas na página oficial do processo seletivo e/ou enviadas ao e-mail informado no momento da inscrição, incluindo a verificação das pastas de spam e lixo eletrônico.

**12.5.** Caso haja vagas remanescentes em decorrência de desistências ou desclassificações, poderão ser publicadas listas complementares de convocação, observada a ordem de classificação e o prazo máximo de ingresso no curso que não gere prejuízo pedagógico ao(a) candidato(a).

### **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](mailto:dpo.hsl@lbca.com.br), com a indicação do assunto: **EDITAL JANEIRO DE 2026 – PROCESSO SELETIVO PARA O CURSO TEÓRICO-PRÁTICO DE GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE**.

### **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

editorial, bem como das normas legais aplicáveis.

14.4. Somente serão certificados no 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, não cabendo recurso de qualquer natureza.

14.7. Cabe à 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](mailto:projetos.proadisus@hsl.org.br), utilizando-se no título do assunto: **EDITAL JANEIRO DE 2026 - PROCESSO SELETIVO PARA O CURSO TEÓRICO-PRÁTICO DE GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE.**

São Paulo, 19 de Janeiro de 2026.

Vânia Rodrigues Bezerra  
Diretora de Compromisso Social  
Sociedade Beneficente de Senhoras – Hospital Sírio-Libanês (HSL)

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

Eu, \_\_\_\_\_, portador(a) do CPF n.º \_\_\_\_\_ e do RG n.º \_\_\_\_\_, residente no endereço \_\_\_\_\_, declaro, para os devidos fins, meu compromisso com o atendimento ao **Edital Janeiro de 2026 do Processo Seletivo para o Curso Teórico-Prático de Gestão de Serviços de Saúde**.

Comprometo-me a:

1. Cumprir integralmente as orientações previstas no referido edital;
2. Atender às exigências referentes às informações do curso;
3. Participar de todas as atividades do curso, assegurando acesso adequado à internet e às ferramentas digitais necessárias;
4. Disponibilizar o tempo adequado para o cumprimento da carga horária total do curso, estabelecida em **80 (oitenta) horas**.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ 2026.

---

Nome completo do(a) candidato(a)

**ANEXO 2 - CRONOGRAMA**

<b>Etapas</b>	<b>Descrição</b>	<b>Prazos</b>
<b>Inscrição</b>	Preenchimento e envio do formulário eletrônico conforme item 7 deste edital.	19/01/2026 - 18/02/2026
<b>Classificação</b>	Análise das inscrições e comprovações, de acordo com os critérios de classificação previstos no item 8 deste edital.	18/02/2026 - 23/02/2026
	Realização das bancas de heteroidentificação.	24/02/2026 - 09/03/2026
<b>Resultados</b>	Divulgação da lista preliminar dos(as) classificados(as).	11/03/2026
	Interposição de recursos quanto à lista preliminar.	12/03/2026 - 13/03/2026
	Divulgação da lista final dos(as) selecionados(as) após análise dos eventuais recursos interpostos.	17/03/2026
<b>Matrícula</b>	Convocação dos(as) candidatos(as) para matrícula.	17/03/2026
<b>Início do curso</b>	Início da Turma 3 Início da Turma 4	24/03/2026 30/06/2026

**Importante:** Havendo alterações neste cronograma, a Sociedade Beneficente de Senhoras – Hospital Sírio-Libanês (HSL) publicará retificação na página oficial do processo seletivo.

## 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 de Indígenas (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](mailto:projetos.proadisus@hsl.org.br), mediante convocação ocasionada a partir da sua classificação (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](mailto:projetos.proadisus@hsl.org.br), mediante convocação ocasionada a partir da sua classificação (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 para o e-mail [projetos.proadisus@hsl.org.br](mailto:projetos.proadisus@hsl.org.br), mediante convocação ocasionada a partir da sua classificação (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 comunidade indígena \_\_\_\_\_, pertencente ao povo \_\_\_\_\_, localizada no município \_\_\_\_\_, estado \_\_\_\_\_, declaramos, para os devidos fins, que o candidato \_\_\_\_\_, portador(a) do documento de identidade n.º \_\_\_\_\_ e CPF n.º \_\_\_\_\_, é membro reconhecido(a) desta comunidade.

A presente declaração é emitida para comprovação de pertencimento étnico e comunitário indígena para atendimento do processo seletivo do Curso Teórico-Prático de Gestão de Serviços de Saúde.

Atestamos ainda que \_\_\_\_\_ 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.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2026.

**Assinaturas das Lideranças Indígenas:**

**1.** Nome completo: \_\_\_\_\_

Número do CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

**2.** Nome completo: \_\_\_\_\_

Número do CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

**3.** Nome completo: \_\_\_\_\_

Número do CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

**ANEXO 3.2 - DECLARAÇÃO ÉTNICO-QUILOMBOLA**

Nós, as lideranças abaixo assinadas, representantes da Comunidade Quilombola \_\_\_\_\_, localizada no município \_\_\_\_\_, estado \_\_\_\_\_, declaramos, para os devidos fins, que o candidato \_\_\_\_\_, portador(a) do documento de identidade n.º \_\_\_\_\_ e CPF n.º \_\_\_\_\_, é membro reconhecido(a) desta comunidade.

A presente declaração é emitida a pedido do(a) interessado(a), para comprovação de pertencimento étnico-quilombola para o processo seletivo do Curso Teórico-Prático de Gestão de Serviços de Saúde.

Atestamos ainda que \_\_\_\_\_ participa da vida comunitária e mantém vínculos históricos, culturais e sociais com nossa comunidade quilombola.

Por ser verdade, firmamos esta declaração.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2026.

**Assinaturas das Lideranças Quilombolas:**

**1.** Nome completo: \_\_\_\_\_

Número do CPF: \_\_\_\_\_

Cargo: [Exemplo: Coordenador/a da Associação Quilombola]

Assinatura: \_\_\_\_\_

**2.** Nome completo: \_\_\_\_\_

Número do CPF: \_\_\_\_\_

Cargo: [Exemplo: Líder Comunitário/a]

Assinatura: \_\_\_\_\_

**3.** Nome completo: \_\_\_\_\_

Número do CPF: \_\_\_\_\_

Cargo: [Exemplo: Representante do Conselho Quilombola]

Assinatura: \_\_\_\_\_

### ANEXO 3.3 - FORMULÁRIO PARA PESSOA COM DEFICIÊNCIA

Eu, \_\_\_\_\_, CPF \_\_\_\_\_, RG \_\_\_\_\_, declaro, para os fins específicos de atendimento à seleção do Curso Teórico-Prático de Gestão de Serviços de Saúde, que sou pessoa com deficiência, conforme **laudo médico anexo** (emitido há no máximo 12 meses, contendo diagnóstico e descrição da deficiência, com CID-10 correspondente, assinatura, carimbo e CRM do médico responsável) e, estou ciente de que se for detectada falsidade na declaração, estarei sujeito à desclassificação do processo seletivo, sem prejuízo de outras sanções legais.

#### Informações sobre a Deficiência

Tipo de Deficiência (assinalar a opção correspondente):

- Física  
 Visual  
 Auditiva  
 Intelectual  
 Múltipla  
 Outra (especificar): \_\_\_\_\_

Descrição da Deficiência: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2026.

---

Assinatura do(a) candidato(a)

**ANEXO 4 - MODELO DE FORMULÁRIO PARA INTERPOSIÇÃO DE RECURSOS**

Nome Completo:	
Endereço completo:	
Bairro:	Cidade:
Estado:	CEP:
Telefone(s):	
E-mail:	
Descreva de forma objetiva e clara o motivo do recurso, citando, quando aplicável, artigos/itens do edital para sua fundamentação:	

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2026.

---

Assinatura do(a) candidato(a)

O recurso deverá ter todos os campos preenchidos, ser assinado e escaneado em resolução que permita a leitura. Será aceito somente recurso enviado para o e-mail [projetos.proadisus@hsl.org.br](mailto:projetos.proadisus@hsl.org.br), na data estipulada no cronograma deste Processo Seletivo e que contenha no campo ASSUNTO do e-mail a seguinte descrição: Edital Janeiro de 2026 Curso Teórico-Prático de Gestão de Serviços de Saúde.

## **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 n.º [NÚMERO DO CPF], matrícula n.º [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 n.º [NÚMERO DO CPF], matrícula n.º [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 n.º [NÚMERO DO CPF], matrícula n.º [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 OU SAÚDE]

[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(a) [NOME COMPLETO], portador(a) do CPF n.º [NÚMERO DO CPF], matrícula n.º [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]

## **ANEXO 9 - DECLARAÇÃO INSTITUCIONAL DE OCUPAÇÃO EM CARGO DE GESTÃO NO ÂMBITO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)**

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

### **DECLARAÇÃO INSTITUCIONAL**

Declaramos, para os devidos fins, que [NOME COMPLETO DO(A) CANDIDATO(A)], portador(a) do CPF n.º [NÚMERO DO CPF], matrícula n.º [NÚMERO DA MATRÍCULA], ocupa o cargo de [NOME DO CARGO], no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), vinculado(a) a esta instituição, exercendo funções de gestão desde [MM/AAAA] até a presente data.

A presente declaração destina-se exclusivamente à comprovação de vínculo de gestão para fins de participação no Processo Seletivo do Curso Teórico-Prático de Gestão de Serviços de Saúde, conforme disposto no Edital Janeiro de 2026.

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 RESPONSÁVEL PELA EMISSÃO]

[DEPARTAMENTO - PESSOAL, OU EQUIVALENTE]

[TELEFONE E/OU E-MAIL PARA CONTATO]