



HOSPITAL
SÍRIO-LIBANÊS



CONASS

Conselho Nacional de Secretários de Saúde



CONASEMS



PROADI
SUS

PROGRAMA DE APOIO
AO DESENVOLVIMENTO INSTITUCIONAL
DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE



SUS
35 ANOS

MINISTÉRIO DA
SAÚDE



GOVERNO DO
BRASIL
DO LADO DO POVO BRASILEIRO

EDITAL MARÇO DE 2026

PROCESSO SELETIVO PARA O CURSO DE APERFEIÇOAMENTO EM AVALIAÇÃO DE PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA MÉDICA

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 de **Aperfeiçoamento em Avaliação de Programas de Residência Médica**.

1. DO OBJETIVO

- 1.1. A presente iniciativa tem como objetivo ofertar formação teórico-metodológica em avaliação de programas de residência médica, contribuindo para o desenvolvimento de competências analíticas e reflexivas relacionadas aos processos avaliativos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

2. DO OBJETO

- 2.1. O presente processo seletivo tem por objeto a seleção de médicos(as) que atuam, já atuaram ou pretendem atuar em contextos institucionais relacionados às residências médicas para participação no Curso de Aperfeiçoamento em Avaliação de Programas de Residência Médica, a ser ofertado pela Sociedade Beneficente de Senhoras – Hospital Sírio-Libanês (HSL), no âmbito do Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (Proadi-SUS), em parceria com o Ministério da Saúde.

3. DAS INFORMAÇÕES SOBRE O CURSO

- 3.1. Trata-se de uma estratégia educacional estruturada na forma de curso teórico tutorado, a ser ofertado no período de **maio de 2026 a outubro de 2026**, na modalidade de Educação a Distância (EaD), com carga horária total de **180 (cento e oitenta) horas**, contemplando atividades síncronas e assíncronas.
- 3.2. O curso possui caráter formativo e adota a aprendizagem baseada em problemas como principal abordagem pedagógica e abordará temas relacionados ao contexto das residências médicas, a relevância da avaliação de programas, os principais modelos avaliativos e as dimensões envolvidas nesse processo.
- 3.3. O público-alvo do curso é composto por médicos(as) que atuam, já atuaram ou pretendem atuar em contextos institucionais vinculados às residências médicas, desde que atendam aos critérios de admissibilidade descritos no item 4 deste edital.
- 3.4. A avaliação do conhecimento dar-se-á por meio da assiduidade e desempenho nas atividades síncronas e assíncronas ao longo do curso.

- 3.5. A certificação será concedida mediante o alcance de desempenho satisfatório, conforme os critérios definidos para as atividades propostas.
- 3.6. Para a participação nas atividades à distância, é de responsabilidade exclusiva do(a) candidato(a) assegurar o acesso à internet e às demais ferramentas digitais necessárias, bem como dispor de condições técnicas e de disponibilidade para o cumprimento integral da carga horária do curso, conforme estabelecido no Anexo 1 - Termo de compromisso.

4. DOS CRITÉRIOS DE ADMISSIBILIDADE

- 4.1. Para participar do processo seletivo o Curso de Aperfeiçoamento em Avaliação de Programas de Residência Médica, o(a) candidato(a) deverá atender aos requisitos a seguir:
- Possuir diploma de graduação em curso de Medicina;
 - Ter concluído Programa de Residência Médica (PRM) ou possuir título de especialista;

5. DA OFERTA DE VAGAS

- 5.1. Serão ofertadas **150 vagas** para o Curso de **Aperfeiçoamento em Avaliação de Programas de Residência Médica**.
- 5.2. As vagas destinam-se a profissionais médicos(as), conforme os critérios de elegibilidade descritos no item 4 deste edital.
- 5.3. As vagas serão preenchidas conforme os critérios de classificação definidos no item 8. Os(as) candidatos(as) classificados(as) além do número de vagas irão compor o cadastro reserva, equivalente a 50% (cinquenta por cento) do total de vagas ofertadas.
- 5.4. Os (As) candidatos(as) do cadastro reserva poderão ser convidados(as) a efetuarem a matrícula na eventualidade de vacância de até 60 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	66
Pessoa autodeclarada negra	45
Pessoa autodeclarada com deficiência	15
Pessoa autodeclarada trans	8
Pessoa autodeclarada indígena	8
Pessoa autodeclarada quilombola	8
Total de vagas	150



HOSPITAL
SÍRIO-LIBANÊS



CONASS

Conselho Nacional de Secretários de Saúde



CONASEMS



PROADI
SUS

PROGRAMA DE APOIO
AO DESENVOLVIMENTO INSTITUCIONAL
DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE



SUS
35 ANOS

MINISTÉRIO DA
SAÚDE



GOVERNO DO
BRASIL
DO LADO DO POVO BRASILEIRO

- 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.



HOSPITAL
SÍRIO-LIBANÊS



CONASS
Conselho Nacional de Secretários de Saúde



PROADI
SUS

PROGRAMA DE APOIO
AO DESENVOLVIMENTO INSTITUCIONAL
DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE



MINISTÉRIO DA
SAÚDE



7. DAS INSCRIÇÕES

- 7.1. O processo seletivo terá abrangência nacional.
- 7.2. As inscrições deverão ser realizadas no período de **04 de março de 2026, a partir das 9h00, até as 23h59min (horário de Brasília) do dia 05 de abril de 2026**, conforme cronograma disposto no **Anexo 2**
- 7.3. As inscrições serão efetuadas, exclusivamente, por meio de preenchimento do formulário eletrônico, disponível no link: (<https://forms.gle/Vd24AkbqJ47YzdDEA>). Havendo mais de uma inscrição por CPF, será considerada apenas a mais recente.
- 7.4. No ato da inscrição, o(a) candidato(a) deverá anexar, **obrigatoriamente**, os seguintes documentos digitalizados:
 - 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 em Medicina (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) Certificado de conclusão de Programa de Residência Médica (PRM) ou título de especialista; e
 - f) Declaração negativa de processos éticos em andamento junto ao conselho profissional.
- 7.5. Além dos documentos obrigatórios, o(a) candidato(a) poderá anexar documentos comprobatórios **de experiência ou atuação profissional** que serão considerados para fins de **classificação**, conforme os critérios estabelecidos no item 8 deste edital.
 - a) Atuação na **coordenação de programa de residência médica**: Declaração da instituição de ensino ou saúde comprovando a atuação na coordenação de programa de residência médica, assinada pelo(a) gestor(a) da unidade de ensino ou saúde, conforme Anexo 5;
 - b) Atuação como **membro de COREME ou CEREM**: Cópia da portaria de nomeação como membro da COREME ou CEREM;
 - c) Atuação como **preceptor de programa de residência médica**: Declaração da instituição de ensino comprovando a atuação em programa de residência assinada pelo coordenador(a) de Coreme ou diretor(a) de escola do SUS, conforme Anexo 6;
 - d) Atuação como **docente em curso de Medicina vinculado a PRM**: Declaração da instituição de ensino comprovando a atuação como docente, conforme Anexo 7;
 - e) Atuação como **membro de Núcleo de Educação Permanente (NEP) de instituições do SUS**: Declaração da instituição do SUS comprovando a atuação, conforme Anexo 8;
 - f) Atuação em **PRM localizado em UF da Amazônia Legal, Centro Oeste e Nordeste**: Declaração institucional comprovando a atuação, conforme Anexo 9.
- 7.6. Não serão aceitas inscrições realizadas fora do prazo estipulado, com documentação incompleta e/ou submetidas via postal, fax, e-mail ou outro meio que não seja a plataforma indicada no presente



HOSPITAL
SÍRIO-LIBANÊS



CONASS

Conselho Nacional de Secretários de Saúde



CONASEMS



PROADI
SUS

PROGRAMA DE APOIO
AO DESENVOLVIMENTO INSTITUCIONAL
DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE



SUS
35 ANOS

MINISTÉRIO DA
SAÚDE



GOVERNO DO
BRASIL
DO LADO DO POVO BRASILEIRO

edital para esse fim.

- 7.7. 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.
- 7.8. 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.
- 7.9. 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.
- 7.10. Não haverá cobrança de taxa de inscrição ou de matrícula para a participação no curso.
- 7.11. As dúvidas deverão ser encaminhadas **exclusivamente** pelo e-mail: projetos.proadisus@hsl.org.br, utilizando-se no campo “assunto” o título: **EDITAL MARÇO DE 2026 – PROCESSO SELETIVO PARA O CURSO DE APERFEIÇOAMENTO EM AVALIAÇÃO DE PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA MÉDICA.**

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 coordenador(a) ou vice-coordenador(a) de Programa de Residência Médica (PRM) regularmente credenciado pela Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM)	100
Ter sido coordenador(a) ou vice-coordenador(a) de PRM regularmente credenciado pela CNRM e não ocupar mais esta função atualmente	90
Ser coordenador(a) ou vice-coordenador(a) de Comissão de Residência Médica (COREME) ou Comissão Estadual de Residência Médica (CEREM)	80
Ter sido coordenador(a) ou vice-coordenador(a) de COREME ou CEREM e não ocupar mais esta função atualmente	70
Ser membro titular , exceto coordenador(a) ou vice-coordenador(a), de COREME ou CEREM	60



CRITÉRIOS DE CLASSIFICAÇÃO	PONTUAÇÃO
Ter sido membro titular , exceto coordenador(a) ou vice-coordenador(a), de COREME ou CEREM não ocupar mais esta função atualmente	50
Ser preceptor(a) de PRM ou docente de curso de Medicina com atuação comprovada em PRM	40
Ser gestor ou profissional atuante em serviço do SUS, caracterizado como campo de prática de residências médicas	30
Ter experiência comprovada em avaliação de PRM	20
Atuar em UF das regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste	20

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, será considerado, como critério de desempate o(a) candidato(a) que 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, utilizando-se no campo “assunto” o título: **“RECURSO EDITAL MARÇO DE 2026 – PROCESSO SELETIVO PARA O CURSO DE APERFEIÇOAMENTO EM AVALIAÇÃO DE PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA MÉDICA”**, 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.



HOSPITAL
SÍRIO-LIBANÊS



CONASS

Conselho Nacional de Secretários de Saúde



CONASEMS



PROADI
SUS

PROGRAMA DE APOIO
AO DESENVOLVIMENTO INSTITUCIONAL
DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE



SUS
35 ANOS

MINISTÉRIO DA
SAÚDE



GOVERNO DO
BRASIL
DO LADO DO POVO BRASILEIRO

- 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 em Medicina (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) Termo de Compromisso do(a) candidato(a) (Anexo 1);
 - f) Certificado de conclusão de Programa de Residência Médica (PRM) ou título de especialista; e
 - g) Declaração negativa de processos.
- 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).



HOSPITAL
SÍRIO-LIBANÊS



CONASS
Conselho Nacional de Secretários de Saúde



PROADI
SUS

PROGRAMA DE APOIO
AO DESENVOLVIMENTO INSTITUCIONAL
DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE



MINISTÉRIO DA
SAÚDE



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 MARÇO DE 2026 – PROCESSO SELETIVO PARA O CURSO DE APERFEIÇOAMENTO EM AVALIAÇÃO DE PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA MÉDICA.**

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. Será desconsiderada a participação do(a) candidato(a) que prestar declarações, ou apresentar, documentos falsos em quaisquer das etapas do processo seletivo.
- 14.5. 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.
- 14.6. 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.
- 14.7. As dúvidas deverão ser enviadas, exclusivamente, para o endereço eletrônico projetos.proadisus@hsl.org.br, utilizando-se no campo “assunto” o título: **EDITAL MARÇO DE 2026 – PROCESSO SELETIVO PARA O CURSO DE APERFEIÇOAMENTO EM AVALIAÇÃO DE PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA MÉDICA.**

São Paulo, 03 de março de 2026.

Vânia Rodrigues Bezerra

Diretora de Compromisso Social

Sociedade Beneficente de Senhoras – Hospital Sírio-Libanês (HSL)



HOSPITAL
SÍRIO-LIBANÊS



CONASS

Conselho Nacional de Secretários de Saúde



CONASEMS



PROADI
SUS

PROGRAMA DE APOIO
AO DESENVOLVIMENTO INSTITUCIONAL
DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE



SUS
35 ANOS

MINISTÉRIO DA
SAÚDE



GOVERNO DO
BRASIL
DO LADO DO POVO BRASILEIRO

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 MARÇO DE 2026 – PROCESSO SELETIVO PARA O CURSO DE APERFEIÇOAMENTO EM AVALIAÇÃO DE PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA MÉDICA**.

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 **180 (cento e oitenta) horas**.

_____, ____ de _____ 2026.

Nome completo do(a) candidato(a)

**ANEXO 2 - CRONOGRAMA**

Etapas	Descrição	Prazos
Inscrição	Preenchimento e envio do formulário eletrônico conforme item 7 deste edital.	04/03/2026 - 05/04/2026
Classificação	Análise das inscrições e comprovações, de acordo com os critérios de classificação previstos no item 8 deste edital.	06/04/2026 - 07/04/2026
	Realização das bancas de heteroidentificação.	09/04/2026 - 22/04/2026
Resultados	Divulgação da lista preliminar dos(as) classificados(as).	23/04/2026
	Interposição de recursos quanto à lista preliminar.	24/04/2026 - 27/04/2026
	Divulgação da lista final dos(as) selecionados(as) após análise dos eventuais recursos interpostos.	29/04/2026
Matrícula	Convocação dos(as) candidatos(as) para matrícula.	29/04/2026
Início do curso	Início do curso	15/05/2026

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



HOSPITAL
SÍRIO-LIBANÊS



CONASS

Conselho Nacional de Secretários de Saúde



CONASEMS



PROADI
SUS

PROGRAMA DE APOIO
AO DESENVOLVIMENTO INSTITUCIONAL
DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE



SUS
35 ANOS

MINISTÉRIO DA
SAÚDE



GOVERNO DO
BRASIL
DO LADO DO POVO BRASILEIRO

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

Conforme previsto na Portaria GM/MS nº 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, 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, 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, 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.**



HOSPITAL
SÍRIO-LIBANÊS



CONASS

Conselho Nacional de Secretários de Saúde



CONASEMS



PROADI
SUS

PROGRAMA DE APOIO
AO DESENVOLVIMENTO INSTITUCIONAL
DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE



SUS
35 ANOS

MINISTÉRIO DA
SAÚDE



GOVERNO DO

BRASIL

DO LADO DO POVO BRASILEIRO

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 de Aperfeiçoamento em Avaliação de Programas de Residência Médica.

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: _____



HOSPITAL
SÍRIO-LIBANÊS



CONASS

Conselho Nacional de Secretários de Saúde



CONASEMS



PROADI
SUS

PROGRAMA DE APOIO
AO DESENVOLVIMENTO INSTITUCIONAL
DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE



SUS
35 ANOS

MINISTÉRIO DA
SAÚDE



GOVERNO DO
BRASIL
DO LADO DO POVO BRASILEIRO

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 de Aperfeiçoamento em Avaliação de Programas de Residência Médica.

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: _____



HOSPITAL
SÍRIO-LIBANÊS



CONASS

Conselho Nacional de Secretários de Saúde



CONASEMS



PROADI
SUS

PROGRAMA DE APOIO
AO DESENVOLVIMENTO INSTITUCIONAL
DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE



SUS
35 ANOS

MINISTÉRIO DA
SAÚDE



GOVERNO DO
BRASIL
DO LADO DO POVO BRASILEIRO

ANEXO 3.3 - FORMULÁRIO PARA PESSOA COM DEFICIÊNCIA

Eu, _____, CPF _____, RG _____, declaro, para os fins específicos de atendimento à seleção do **Curso de Aperfeiçoamento em Avaliação de Programas de Residência Médica**, 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 (assinale a opção correspondente):

() Física

() Visual

() Auditiva

() Intelectual

() Múltipla

() Outra (especificar): _____

Descrição da Deficiência: _____

_____, ____ de _____ de 2026.

Assinatura do(a) candidato(a)



HOSPITAL
SÍRIO-LIBANÊS



CONASS
Conselho Nacional de Secretários de Saúde



CONASEMS



PROADI
SUS

PROGRAMA DE APOIO
AO DESENVOLVIMENTO INSTITUCIONAL
DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE



SUS
35 ANOS

MINISTÉRIO DA
SAÚDE



GOVERNO DO
BRASIL
DO LADO DO POVO BRASILEIRO

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, na data estipulada no cronograma deste Processo Seletivo e que contenha no campo ASSUNTO do e-mail a seguinte descrição: EDITAL MARÇO DE 2026 – PROCESSO SELETIVO PARA O CURSO DE APERFEIÇOAMENTO EM AVALIAÇÃO DE PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA MÉDICA”



HOSPITAL
SÍRIO-LIBANÊS



CONASS

Conselho Nacional de Secretários de Saúde



CONASEMS



PROADI
SUS

PROGRAMA DE APOIO
AO DESENVOLVIMENTO INSTITUCIONAL
DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE



SUS
35 ANOS

MINISTÉRIO DA
SAÚDE



GOVERNO DO
BRASIL
DO LADO DO POVO BRASILEIRO

ANEXO 5 - MODELO DE DECLARAÇÃO PARA COORDENADOR(A) DE PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MÉDICA

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

DECLARAÇÃO

Declaramos, para os devidos fins, que o(a) coordenador(a) _____, portador(a) do CPF n.º _____, matrícula n.º _____, encontra-se em pleno exercício das atividades no programa de residência médica, na especialidade _____, 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.

_____, ____ de _____ de 2026.

Nome Completo

Cargo do Gestor(a)

Órgão/Instituição

Telefone e/ou e-mail para contato



HOSPITAL
SÍRIO-LIBANÊS



CONASS

Conselho Nacional de Secretários de Saúde



CONASEMS



PROADI
SUS

PROGRAMA DE APOIO
AO DESENVOLVIMENTO INSTITUCIONAL
DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE



SUS
35 ANOS

MINISTÉRIO DA
SAÚDE



GOVERNO DO
BRASIL
DO LADO DO POVO BRASILEIRO

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) _____, portador(a) do CPF n.º _____, matrícula n.º _____, encontra-se em pleno exercício das atividades no programa de residência médica, na especialidade _____, 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.

_____, ____ de _____ de 2026.

Nome do Coordenador(a) do Programa ou Coordenador(a) da COREME
Seção ou Departamento Responsável
Telefone e/ou e-mail para contato



HOSPITAL
SÍRIO-LIBANÊS



CONASS

Conselho Nacional de Secretários de Saúde



CONASEMS



PROADI
SUS

PROGRAMA DE APOIO
AO DESENVOLVIMENTO INSTITUCIONAL
DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE



SUS
35 ANOS

MINISTÉRIO DA
SAÚDE



GOVERNO DO

BRASIL

DO LADO DO POVO BRASILEIRO

ANEXO 7 - MODELO DE DECLARAÇÃO PARA DOCENTE DE CURSO DE MEDICINA COM ATUAÇÃO COMPROVADA EM PRM

[A ser elaborado em papel timbrado da instituição, contendo nome, endereço e CNPJ]

DECLARAÇÃO

Declaramos, para os devidos fins, que o(a) candidato(a) _____, portador(a) do CPF n.º _____, faz parte do corpo docente do curso de medicina desta instituição, tendo atuação junto às atividades de residência médica.

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

_____, ____ de _____ de 2026.

Nome do Coordenador(a)
Seção ou Departamento Responsável
Telefone e/ou e-mail para contato



HOSPITAL
SÍRIO-LIBANÊS



CONASS

Conselho Nacional de Secretários de Saúde



CONASEMS



PROADI
SUS

PROGRAMA DE APOIO
AO DESENVOLVIMENTO INSTITUCIONAL
DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE



SUS
35 ANOS

MINISTÉRIO DA
SAÚDE



GOVERNO DO
BRASIL
DO LADO DO POVO BRASILEIRO

ANEXO 8 - MODELO DE DECLARAÇÃO PARA MEMBRO DE NÚCLEO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE DE INSTITUIÇÕES DO SUS

[A ser elaborado em papel timbrado da instituição, contendo nome, endereço e CNPJ]

DECLARAÇÃO

Declaramos, para os devidos fins, que o(a) candidato(a) _____, portador(a) do CPF n.º _____, faz parte do **Núcleo de Educação Permanente** desta instituição.

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

_____, ____ de _____ de 2026.

Nome do Gestor(a)
Seção ou Departamento Responsável
Telefone e/ou e-mail para contato



HOSPITAL
SÍRIO-LIBANÊS



CONASS

Conselho Nacional de Secretários de Saúde



CONASEMS



PROADI
SUS

PROGRAMA DE APOIO
AO DESENVOLVIMENTO INSTITUCIONAL
DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE



SUS
35 ANOS

MINISTÉRIO DA
SAÚDE



GOVERNO DO
BRASIL
DO LADO DO POVO BRASILEIRO

ANEXO 9 - MODELO DE DECLARAÇÃO PARA PROFISSIONAIS ATUANTES EM PRM LOCALIZADO EM UF DA AMAZÔNIA LEGAL, CENTRO OESTE E NORDESTE

[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) _____, portador(a) do CPF n.º _____, matrícula n.º _____, encontra-se em pleno exercício das atividades no programa de residência médica, na especialidade _____, 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.

_____, ____ de _____ de 2026.

Nome do Coordenador(a) do Programa ou Coordenador(a) da COREME
Seção ou Departamento Responsável
Telefone e/ou e-mail para contato