



EDITAL DE SELEÇÃO PARA O CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO *LATO SENSU* EM PRECEPTORIA EM MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE DA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SANTA CATARINA

EDITAL Nº 6/2025/SES

A SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SANTA CATARINA – SES/SC, dentro de suas atribuições legais, torna pública a oferta de vagas para o **Curso de Pós- graduação *Lato Sensu* em Preceptoría em Medicina de Família e Comunidade do Programa de Fomento à Especialização Profissional para Atenção Primária à Saúde em Santa Catarina (FEPAPS/SC)**, conforme Deliberação 012/CIB/2020, de 19 fevereiro de 2020, Portaria SES/SC nº 752 de 24 de setembro de 2020, e Portaria SES/SC nº 1235, de 11 de novembro de 2021; com ingresso para o ano de 2025, observadas as disposições contidas neste Edital.

1 DAS DISPOSIÇÕES PRELIMINARES

- 1.1 A oferta de vagas será regida por este Edital de Seleção e executada pela Escola de Saúde Pública de Santa Catarina (ESPSC), conforme anexo I.
 - 1.1.1 As vagas são exclusivamente para médicos especialistas em Medicina de Família e Comunidade (MFC), preceptores que atuam junto ao Programa de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade da Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina (SES/SC), destinadas para o Curso de Pós-graduação *Lato Sensu* em Preceptoría em Medicina de Família e Comunidade.
 - 1.1.2 A recomendação para ocupação das vagas é de competência dos gestores municipais, participantes da Rede de Integração Ensino e Serviço da SES/SC, devendo o profissional obedecer aos seguintes critérios, além dos já descritos no item 1.1.1
 - 1.1.2.1 Ter disponibilidade fora do horário de trabalho para cumprir a carga horária teórica do curso.
 - 1.1.2.2 Apresentar documentação comprobatória na matrícula, conforme exigências deste Edital de Seleção.
- 1.2 O curso terá duração de 02 (dois) anos, compreendendo carga horária mínima de 380 horas e as atividades ocorrerão conforme cronograma previsto no Plano Político Pedagógico do curso.
- 1.3 A etapa única deste Edital de Seleção consistirá na avaliação curricular, executada sob a responsabilidade da ESPSC.
- 1.4 O cronograma para o Edital de Seleção está contido no anexo II.
- 1.5 A inscrição do candidato no presente Edital de Seleção implicará no conhecimento e tácita aceitação das normas e condições estabelecidas neste Edital e em seus anexos.
- 1.6 O valor da bolsa do pós-graduando, Médico de Família e Comunidade (MFC), é de **R\$ 4.106,09 (quatro mil, cento e seis reais e nove centavos)**, de acordo com a Portaria SES/SC nº 1235, de 11 de novembro de 2021.



- 1.6.1 O ingresso neste Curso de Pós-Graduação não gera vínculo empregatício com a SES/SC.
- 1.7 O preenchimento das vagas ocorrerá, rigorosamente, de acordo com a classificação da avaliação curricular, em curso credenciado pela Comissão Estadual de Educação (CEE), e bolsa garantida pela SES/SC.
- 1.8 Serão efetuadas convocações conforme a classificação até o preenchimento das vagas no limite da data de efetivação do ano letivo.
- 1.9 Ficam reservadas 20% das vagas no âmbito das ações afirmativas e 80% para vagas de ampla concorrência.

2 DOS REQUISITOS BÁSICOS EXIGIDOS

- 2.1 No momento da admissão (matrícula), de acordo com as vagas disponibilizadas para cada município, o candidato inscrito no Edital de Seleção e eventual retificação, deverá:
 - 2.1.1 Ter sido recomendado e liberado pelos gestores municipais para o desenvolvimento de facilitação dos encontros teóricos do Programa de residência que correspondem a carga horária prática do Curso de Pós-Graduação.
 - 2.1.2 Ser brasileiro e ter registro primário ou secundário no Conselho Regional de Medicina do Estado de Santa Catarina (CREMESC).
 - 2.1.3 Gozar dos direitos políticos.
 - 2.1.4 Estar em dia com as obrigações eleitorais e militares (para o sexo masculino).
 - 2.1.5 No caso de médico brasileiro com diploma médico adquirido no exterior são exigidos, além dos requisitos anteriores:
 - 2.1.5.1 Ter reconhecimento do diploma por Universidade Pública Brasileira, conforme Resolução CFM nº 1831/2008 e 1832/2008.
 - 2.1.5.2 Estar registrado no CREMESC, bem como estar inteiramente regular com as demais exigências legais do órgão fiscalizador do exercício profissional.
 - 2.1.6 Ter concluído o Programa de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade (PRMFC) - ou em sua denominação anterior, Medicina Geral Comunitária credenciado pela Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM); ou ser profissional médico titulado pela Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC) como Médico de Família e Comunidade (MFC).
 - 2.1.6.1 A conclusão do PRMFC poderá ser comprovada por cópia do certificado de conclusão de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade, com o carimbo de credenciamento da CNRM no verso ou por declaração de conclusão emitida pela Instituição responsável, devendo ser anexado, nesse caso, cópia do comprovante de credenciamento da instituição pela CNRM.
 - 2.1.6.2 No caso de Programas correlatos antes da modificação do nome da especialidade, o candidato deverá comprovar a realização de Programa de Residência Médica nesta especialidade, concluído antes da Resolução CNRM nº 07/81, que regulamentou essa especialidade e unificou seu nome no Brasil.
 - 2.1.6.3 No caso de Médico de Família e Comunidade titulado, o candidato deverá comprovar por Certificado de Título devidamente reconhecido pela SBMFC.



2.1.6.4 No caso de preceptores que finalizaram no ano vigente o Programa de Residência de Medicina de Família e Comunidade, será válida a declaração do Programa de Residência competente, constando o período de término de residência em 28/02/2025 (vinte e oito de fevereiro de dois mil e vinte cinco), e ausência de pendências.

2.1.7 Ao se inscrever neste Edital, o candidato está atestando a disponibilidade de carga horária, fora do horário de trabalho, para cumprimento das atividades teóricas exigidas pelo Curso de Pós-graduação em questão.

2.2 Todos os candidatos convocados, no momento da matrícula, deverão cumprir as demais exigências deste Edital de Seleção.

3 DA INSCRIÇÃO NO EDITAL DE SELEÇÃO

3.1 As inscrições estarão abertas em período descrito no Cronograma – Anexo II

3.2 Este Edital de Seleção será executado sobre responsabilidade da Escola de Saúde Pública de Santa Catarina (ESPSC).

3.3 As inscrições deverão ser realizadas somente através do link: <https://www.sc.gov.br/servicos/protocolo-digital>.

3.4 Acessar o setor de Protocolo Digital por meio do endereço eletrônico acima e proceder com as seguintes informações:

- Órgão de destino: SES – Secretaria de Estado da Saúde
- Setor Destino: SES/PROTSES
- Assunto: Pós-Graduação em Preceptorial MFC – EDITAL 6/2025/SES
- Detalhamento do assunto: Inscrição no Processo Seletivo.

3.5 O não cumprimento da exigência do item 3.6 acarretará a não homologação da inscrição.

3.6 No ato da inscrição, o candidato deverá anexar os documentos para inscrição, frente e verso em formato PDF em documento único, conforme anexo IX:

- 3.6.1 Ficha de inscrição preenchida e assinada (anexo III);
- 3.6.2 Ficha cadastral preenchida e assinada (anexo IV);
- 3.6.3 Ficha funcional preenchida e assinada (anexo V);
- 3.6.4 Termo de Compromisso FEPAPS preenchido e assinado (anexo VI);
- 3.6.5 Carta de recomendação do gestor municipal participante da Rede de Integração Ensino e Serviço da SES/SC preenchida e assinada (anexo VII);
- 3.6.6 Cédula de Identidade;
- 3.6.7 Cadastro de Pessoa Física (CPF);
- 3.6.8 Inscrição no Conselho Regional de Medicina (primária ou secundária) junto ao CREMESC, conforme estabelecido nos itens deste Edital (Dos Requisitos Básicos Exigidos);
- 3.6.9 Histórico escolar;
- 3.6.10 Certificado de escolaridade (Diploma médico);
- 3.6.11 Documento comprobatório de Especialista em Medicina de Família e Comunidade, nas seguintes formas:
 - 3.6.11.1 Diploma de conclusão de PRMFC, ou
 - 3.6.11.2 Declaração original com prazo de conclusão de PRMFC em 28/02/2025, ou
 - 3.6.11.3 Certificado de Título devidamente reconhecido pela SBMFC;
- 3.6.12 Título de Eleitor;



3.6.13 Certidão de quitação eleitoral atualizada: <https://www.tse.jus.br/servicos-eleitorais/certidoes/certidao-de-quitacao-eleitoral>;

3.6.14 Certidão de casamento e de nascimento dos filhos (caso houver);

3.6.15 Certificado de reservista (se do sexo masculino);

3.6.16 Comprovante de residência atualizado em nome do candidato;

3.6.17 Comprovante de vacinação atualizado;

3.6.18 Número da Carteira de Trabalho, página indicando o ano do primeiro emprego e a qualificação civil;

3.6.19 Cartão do PIS/PASEP;

3.6.20 Número de NIT, disponível no aplicativo “meu INSS”;

3.6.21 Último contracheque (no caso de já ser servidor da SES);

3.6.22 Número de conta corrente individual do Banco do Brasil;

3.6.23 Atestado Médico de Aptidão Física e Mental emitido por Médico do Trabalho, com validade de no máximo 60 dias (este último item poderá ser apresentado até a data da matrícula);

3.6.24 Documentos comprobatórios da Avaliação Curricular.

3.7 Para médico brasileiro com diploma médico adquirido no exterior, será necessário ainda: Documento comprobatório de reconhecimento do diploma pela Universidade Pública Brasileira conforme Resolução CFM nº 1831/2008 e 1832/2008.

3.8 Os candidatos têm ciência que, por se tratar de um Processo Seletivo, os dados pessoais, sensíveis ou não, sejam tratados e processados pela SES/SC de forma a possibilitar a efetiva execução do processo seletivo, com a aplicação dos critérios de avaliação e seleção, autorizando a divulgação de seu nome completo, data de nascimento, opção por reservas de vagas, notas e outras informações fundamentais ao certame, em observância aos princípios da publicidade e da transparência que regem a Administração Pública e nos termos da Lei Federal nº 13.709/2018 – Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD). A fim de confirmar essa ciência o candidato deverá assinar o documento de concordância a esse respeito, conforme ANEXO XV.

4 DA ETAPA ÚNICA DO EDITAL DE SELEÇÃO

4.1 A etapa única do Processo Seletivo consistirá de avaliação do currículo, de caráter classificatório, nos termos deste Edital.

4.2 Os documentos relativos à avaliação do currículo devem ser inseridos em arquivo único em formato PDF, conjuntamente com sua própria grade curricular, no mesmo link de inscrição <https://www.sc.gov.br/servicos/protocolo-digital>.

4.3 Grade Curricular: Critérios, Especificação e Pontuação:

CRITÉRIOS	ESPECIFICAÇÃO	PONTUAÇÃO
Título Limite de 1 título para pontuação no item	Especialista em Medicina de Família e Comunidade fornecido pela SBMFC	20 pontos
Curso Limite de 1 curso para pontuação atribuída no item	Residência Médica em Medicina da Família e Comunidade concluída e reconhecida pela CNRM	30 pontos



Curso Limite de 1 curso para pontuação no item	Terceiro ano de Residência em MFC credenciada pela CNRM	20 pontos
Curso Limite de 2 cursos para pontuação no item	Curso de Especialização em preceptoria certificado por entidades formadoras participantes do Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (PROADI-SUS)	10 pontos
Curso Limite de 2 cursos para pontuação no item	Curso de Capacitação em Preceptoria certificado por entidades formadoras participantes do Plano Nacional de Formação de Preceptores	5 pontos

4.4 A pontuação máxima poderá ser de 100 pontos.

4.5 A pontuação pelos títulos acima indicados será computada pela análise dos documentos inseridos no Protocolo Digital e comprovados pelos documentos originais apresentados no período de confirmação de matrícula, no primeiro dia de atividade do curso.

4.6 Em caso de empate na pontuação serão considerados os seguintes critérios de desempate, conforme ordem a seguir:

- a) possuir maior idade, considerados o dia, mês e ano de nascimento; e
- b) maior tempo de formação em medicina, considerando o mês e o ano do diploma

4.7 Conforme o cronograma (Anexo II), será divulgada a homologação das inscrições e resultado preliminar deste processo seletivo, em ordem decrescente de classificação, no endereço eletrônico: <https://www.saude.sc.gov.br/index.php/pt/servicos/concursos-e-selecoes/editais-pos-graduacao-e-latu-sensu>.

4.8 Os candidatos que desejarem ingressar com recurso em relação à classificação (avaliação de currículo), deverão fazê-lo seguindo o formulário do Anexo X, no período determinado no cronograma (Anexo II), por meio do e-mail: espsc_posgraduacao@saude.sc.gov.br.

4.9 O resultado final do Processo Seletivo será publicado no site da SES/SC, conforme cronograma (Anexo II), no endereço eletrônico:

<https://www.saude.sc.gov.br/index.php/pt/servicos/concursos-e-selecoes/editais-pos-graduacao-e-latu-sensu>.

5 DA CONFIRMAÇÃO, DAS INSCRIÇÕES E DOS RECURSOS

5.1 Serão homologadas as inscrições efetuadas conforme as regras determinadas pelas normas deste Edital.

5.1.1 A homologação das inscrições para este Processo Seletivo será divulgada pelo site da SES/SC, conforme Anexo II.



5.2 Todo recurso ou requerimento relacionado a esse Processo Seletivo deverá ser realizado por e-mail no endereço eletrônico espcc_posgraduacao@saude.sc.gov.br, nas datas determinadas pelas normas do Edital.

5.3 Os recursos deverão ser fundamentados com argumentação lógica e consistente.

5.4 Recursos e argumentações apresentados fora das especificações estabelecidas neste Edital de Seleção, serão indeferidos.

5.5 Não serão aceitos recursos fora de prazo ou que não atendam aos requisitos exigidos neste Edital de Seleção.

5.6 Em hipótese alguma serão aceitos pedidos de revisão de recursos, recursos de recursos e/ou recurso de publicação definitiva ou oficial.

5.7 Os candidatos que desejarem ingressar com recurso em relação à avaliação documental e avaliação fenotípica realizados pela Banca de Heteroidentificação e Verificação Documental relacionadas às vagas reservadas o âmbito das ações afirmativas deverão fazê-lo conforme as orientações a seguir:

5.7.1 Preencher e assinar o formulário (anexo X), no prazo constante no cronograma (anexo II) e remetê-lo por e-mail para espcc_posgraduacao@saude.sc.gov.br. Assunto: Recurso – ações afirmativas/Edital 6/2025/SES.

5.7.2 Sobre os recursos referentes à validação da condição de candidato participante das ações afirmativas poderão ser interpostos:

I. Recurso quanto à avaliação documental para candidatos que se inscreveram na modalidade cotas – Pessoas com deficiência (PcD).

II. Recurso quanto à avaliação documental para candidatos que se inscreveram na modalidade cotas – povos originários (indígenas).

III. Recurso quanto à avaliação fenotípica para candidatos que se inscreveram na modalidade cotas – negros (pretos e pardos).

5.8 Ocorrendo a alteração de quaisquer notas publicadas em consequência de deferimento de recurso administrativo ou por constatação de erro material, as notas e classificação dos candidatos poderão ser alteradas para posição superior ou inferior.

6 DA PRÉ-MATRÍCULA, DA MATRÍCULA E DAS VAGAS REMANESCENTES E DESISTÊNCIAS

6.1 Conforme cronograma (Anexo II), os candidatos aprovados e convocados para matrícula neste Processo Seletivo, deverão encaminhar documentos por e-mail à secretaria acadêmica da Escola de Saúde Pública de Santa Catarina espcc_secretaria@saude.sc.gov.br para realização de pré-matrícula.

6.1.1 As relações de documentos necessários para efetivação da pré-matrícula e da matrícula no curso estão listadas no Anexo IX deste Edital e deverão ser anexadas no ato da inscrição ao Processo Seletivo.



6.2 O candidato deverá portar os documentos originais para efetivação da matrícula presencial, em endereço indicado nos Anexos II e XVI.

6.2.1 Na impossibilidade de matrícula presencial, o candidato convocado deverá nomear procurador legal que deverá portar **documentação original ou autenticada**.

6.3 A matrícula estará assegurada para os candidatos recomendados pelos gestores municipais já citados, inscritos neste Edital de Seleção e convocados conforme classificação, de acordo com as vagas ofertadas, tratando-se de Curso credenciado pelo CEE, com financiamento da bolsa garantida.

6.4 O candidato, convocado a realizar matrícula, que não tiver interesse em ocupar a respectiva vaga, poderá proceder com desistência formal, de acordo com o Modelo de Termo de Desistência de Vaga em Curso de Pós-graduação, contido no anexo VIII, devidamente preenchido, assinado e encaminhado através do e-mail que o candidato forneceu no ato da inscrição, para o(s) endereço(s) eletrônico(s): espsec_posgraduacao@saude.sc.gov.br e espsec_secretaria@saude.sc.gov.br.

6.5 Os candidatos chamados em lista publicada no site da SES/SC, que não se matricularem no período estabelecido no cronograma, serão caracterizados como desistentes da vaga, e a SES/SC procederá devolutiva ao gestor municipal responsável, sendo possível novas recomendações e ocupação das vagas remanescentes.

6.6 É de inteira responsabilidade do candidato a informação correta pertinente ao seu endereço eletrônico (e-mail), bem como as informações previstas neste Edital.

7 DAS VAGAS REFERENTES ÀS AÇÕES AFIRMATIVAS

7.1 Do total de vagas disponíveis serão reservadas 20% no âmbito das ações afirmativas.

7.1.1 Os grupos beneficiários atendidos na modalidade reserva para ações afirmativas, tratados em conjunto e indistintamente, são compostos por:

- I. Pessoas negras (pretos e pardos);
- II. Pessoas com deficiência (PcD);
- III. Povos originários (indígenas).

7.1.2 Dos 20% (vinte por cento) reservados para ações afirmativas, 10% (dez por cento) serão para pretos e pardos, 7% (sete por cento) para PcD e 3% (três por cento) para povos originários (indígenas).

7.1.3 Não preenchendo as vagas reservadas no âmbito das ações afirmativas as mesmas serão preenchidas pelos candidatos de ampla concorrência, obedecendo a ordem de classificação.

7.1.4 As pessoas que se inscreverem na modalidade ampla concorrência concorrem exclusivamente às vagas de ampla concorrência.

7.1.5 As pessoas que se inscreverem na modalidade de reserva para as ações afirmativas concorrem tanto nas vagas reservadas para ações afirmativas quanto nas de ampla concorrência.



7.1.5.1 Se o candidato inscrito na modalidade de reserva, tiver nota suficiente para aprovação dentre as vagas de ampla concorrência, ele ocupará uma das vagas na modalidade ampla concorrência. Neste caso, para a ocupação da vaga reservada para ações afirmativas, será chamado o candidato inscrito pelas ações afirmativas subseqüente classificado.

7.2 A classificação no Processo Seletivo, distribuída conforme grupo beneficiário das ações afirmativas e grupo de ampla concorrência, será critério único para alocação do pós-graduando bolsista no município em que desenvolverá a carga horária da prática docente-assistencial.

7.3 A adesão para concorrer a uma das vagas reservadas para ações afirmativas dar-se-á de forma voluntária e a auto declaração e, conseqüentemente, a opção pela reserva de vagas, deverão ser feitas no ato da inscrição, por meio da qual o candidato deverá indicar apenas um dos grupos beneficiários atendidos pelas ações afirmativas.

7.4 Candidatos inscritos em determinado grupo das ações afirmativas não poderão, em hipótese alguma, alterar sua inscrição para outro grupo de ações afirmativas em nenhuma etapa do processo seletivo.

7.5 Os candidatos aprovados e classificados na modalidade das ações afirmativas terão sua matrícula condicionada à avaliação e aprovação pela Comissão de Heteroidentificação e Verificação Documental, que será realizada após divulgação das notas finais e recursos.

7.6 Para os candidatos inscritos na modalidade das ações afirmativas, também deverão ser anexados os seguintes documentos:

I. Para candidatos negros (pretos e pardos), deverá ser anexada autodeclaração, conforme modelo disponível no Anexo XI. O candidato inscrito nessa vaga reservada passará posteriormente por procedimento de heteroidentificação, com critérios a serem avaliados descritos na própria autodeclaração, que antecede a chamada para a matrícula. Os candidatos deverão possuir aspectos fenotípicos que os caracterizam como pertencentes ao grupo racial. Conforme o Supremo Tribunal Federal, na votação de constitucionalidade da Ação de Descumprimento de Preceito Fundamental nº 186, o critério é o fenótipo e não a ancestralidade.

II. Para candidatos com deficiência (PcD), deverão ser anexados autodeclaração, conforme modelo disponível no Anexo XII e laudo com comprovação da deficiência. O laudo deverá estar redigido em letra legível e dispor sobre o tipo e o grau ou nível da deficiência, com expressa referência ao código correspondente da Classificação Internacional de Doença (CID), com citação do nome por extenso do(a) candidato(a), constando claramente o número de inscrição no conselho profissional (CRM, CRP, etc.) e a assinatura do(a) profissional responsável por sua emissão. Serão consideradas pessoas com deficiência aquelas que se enquadrem no Art. 2º da Lei nº 13.146/2015 e nas categorias discriminadas no Art. 4º do Decreto nº 3.298/1999, com as alterações introduzidas pelo Decreto nº 5.296/2004, no § 1º do Art. 1º da Lei nº 12.764, de 27 de dezembro de 2012 (Transtorno do Espectro Autista), aquelas que se enquadrem no Parágrafo único do Art. 5º da Lei Estadual nº 17.292, de 19 de outubro de 2017 e as contempladas pelo enunciado da Súmula nº 377 do Superior Tribunal de Justiça (STJ), observados os dispositivos da Convenção sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência e seu Protocolo Facultativo, ratificados pelo Decreto nº 6.949, de 25 de agosto de 2009.

III. Para candidatos oriundos de povos originários, deverão ser anexados autodeclaração, conforme modelo disponível no Anexo XIII e documento assinado por autoridades/lideranças de seu respectivo povo ou associações indígenas ou a cópia de seu Registro Administrativo de Nascimento Indígena (RANI).



8 DO ENVIO DOS DOCUMENTOS REFERENTES ÀS AÇÕES AFIRMATIVAS

8.1 Deverão ser anexados os documentos constantes no item 7.6 deste edital e conforme modelos contidos nos Anexos XI, XII e XIII, no momento da inscrição, por meio do link: <https://www.sc.gov.br/servicos/protocolo-digital>.

9 DA COMISSÃO DE HETEROIDENTIFICAÇÃO E VERIFICAÇÃO DOCUMENTAL

9.1 A SES/SC nomeará pessoas para comporem Banca de Heteroidentificação e Verificação Documental para análise de documentos dos candidatos que concorrem às vagas referentes às ações afirmativas e para validação da autodeclaração de candidatos negros (pretos e pardos).

9.2 Cada Banca de Heteroidentificação e Verificação Documental atenderá o critério da diversidade, quanto ao sexo e à cor e será composta de 03 (três) membros.

9.3 O candidato classificado em vaga reservada às pessoas negras (preta ou parda), deverá apresentar autodeclaração com foto (Anexo XI) e se apresentar à Banca de Heteroidentificação e Verificação Documental, conforme consta no cronograma (Anexo II).

9.3.1 Para validar a autodeclaração de candidatos negros (pretos ou pardos) será considerado, exclusivamente, o fenótipo negro como base para análise e validação.

9.3.2 O fenótipo da pessoa negra é entendido como o conjunto de características físicas do indivíduo, predominantemente a cor da pele, a textura do cabelo e os aspectos faciais

9.3.2.1 As características fenotípicas descritas são as que possibilitam, nas relações sociais, o reconhecimento do indivíduo como negro, deixando-o vulnerável a discriminações, ofensas e agressões e a perdas de oportunidades sociais e/ou profissionais.

9.3.2.1.2 Não serão consideradas a ascendência do candidato nem as informações contidas em quaisquer documentos de outros processos seletivos e/ou outras instituições.

9.3.3 O candidato classificado em vaga destinada à população negra (pretos ou pardos) que não anexar a documentação e que deixar de se apresentar à Banca de Heteroidentificação e Validação Documental em data, horário e local determinado, deixará de concorrer às vagas reservadas para as ações afirmativas, não havendo reagendamento do procedimento.

9.3.4 A apresentação presencial do candidato à Banca de Heteroidentificação e Validação Documental será filmada e os vídeos serão, exclusivamente, utilizados em caso de recursos.

9.3.5 Os candidatos deverão assinar um documento com cedência de uso de imagens para a finalidade deste edital, conforme modelo do Anexo XIV.

9.3.6 No momento da avaliação fenotípica presencial os candidatos deverão portar e apresentar à banca um documento de identificação oficial original com foto.

9.4 O candidato classificado em vaga destinada à pessoa com deficiência (PcD), deverá anexar autodeclaração, conforme modelo disponível Anexo XII e laudo com comprovação da deficiência. O laudo deverá estar redigido em letra legível e dispor sobre o tipo e o grau ou nível da deficiência, com expressa referência ao código correspondente da Classificação Internacional de Doença (CID), com citação do nome por extenso do(a) candidato(a), constando claramente o



número de inscrição no conselho profissional (CRM, CRP, etc.) e a assinatura do(a) profissional responsável por sua emissão.

9.4.1 O candidato classificado em vaga destinada à pessoa com deficiência (PcD) que não apresentar a laudo pertinente para comprovação de sua deficiência no prazo estipulado no edital deixará de concorrer às vagas reservadas para as ações afirmativas, não havendo novo prazo para apresentação de tal documento.

9.5 O candidato classificado em vaga destinada a povos originários deverá apresentar autodeclaração (Anexo XIII) e documento emitido e assinado por autoridades/lideranças de seu respectivo povo ou associações indígenas ou a cópia de seu Registro Administrativo de Nascimento Indígena (RANI), no prazo estabelecido neste edital.

9.5.1 O candidato classificado em vaga destinada a povos originários (indígenas) que não apresentar a documentação pertinente no prazo estipulado neste edital deixará de concorrer às vagas reservadas para as ações afirmativas, não havendo novo prazo para apresentação de tais documentos.

10 DA HOMOLOGAÇÃO E VALIDADE DO EDITAL DE SELEÇÃO

10.1 O resultado final do Edital de Seleção para as vagas do Curso de Pós-Graduação será homologado pela autoridade competente, por meio de publicação no Portal da Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina (SES/SC) e no endereço eletrônico da Escola de Saúde Pública de Santa Catarina (ESPSC).

11 DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

11.1 O Edital de Seleção se dará em etapa única, sendo de competência da Escola de Saúde Pública de Santa Catarina (ESPSC).

11.2 O resultado final do Edital de Seleção, publicado no Portal da Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina (SES/SC) e no endereço eletrônico da Escola de Saúde Pública de Santa Catarina (ESPSC), constitui-se o único documento hábil para comprovar a habilitação do candidato.

11.3 Os candidatos convocados deverão apresentar registro em Conselho Regional de Medicina, sem o qual, perderão o direito de sua inclusão no Curso em questão.

11.4 O conhecimento das instruções e condições de seleções estabelecidas neste Edital é de responsabilidade do candidato no ato da inscrição.

11.5 Os candidatos serão responsáveis por acompanhar o cronograma de acordo com o estabelecido neste edital.

11.6 O início das atividades do Curso de Pós-graduação Lato Sensu em Preceptoría em Medicina de Família e Comunidade terão início conforme cronograma (anexo II).

Florianópolis, 25 de março de 2025.

DIOGO DEMARCHI SILVA
Secretário de Estado da Saúde
(assinado digitalmente)



ANEXO I

QUADRO I - VAGAS CREDENCIADAS PARA EDITAL Nº 6/2025/SES

Especialidade	Duração	Nº vagas ofertadas (município de alocação)	Nº de vagas ampla concorrência	Nº de Vagas para ações afirmativas
Curso de Pós- graduação Lato Sensu em Preceptoria em Medicina de Família e Comunidade	02 ANOS	12	10	02 (1 vaga para pessoas negras e 1 vaga para PCD)



ANEXO II – CRONOGRAMA

EDITAL Nº 6/2025/SES		
DATA	EVENTO	LOCAL/HORÁRIO
27/03/2025	Publicação do Extrato do Edital	Diário Oficial do Estado
27/03/2025	Publicação do Edital	Sites da SES/SC e da ESPSC: https://esp.saude.sc.gov.br/index.php/cursos/fepaps https://www.saude.sc.gov.br/index.php/pt/servicos/concursos-e-selecoes/editais-pos-graduacao-e-latu-sensu
INSCRIÇÕES		
27 à 03/04/2024	Período de inscrições	Através do link: https://www.sc.gov.br/servicos/protocolo-digital
ETAPAS		
04/04/2025	Homologação dos candidatos Divulgação preliminar dos classificados	Sites da SES/SC e da ESPSC: https://esp.saude.sc.gov.br/index.php/cursos/fepaps https://www.saude.sc.gov.br/index.php/pt/servicos/concursos-e-selecoes/editais-pos-graduacao-e-latu-sensu
04/04/2025 À 17 05/04/2025	Recurso	E-mail: espsec_posgraduacao@saude.sc.gov.br
07/04/2025 Das 09h às 10h	Banca de Heteroidentificação e Resultado da Banca	Escola de Saúde Pública de Santa Catarina (ESPSC) Rua: Tulipas, nº. 236; Bairro: Bela Vista III - CEP: 88110-813.
07/04/2025 à 08/04/2025	Recurso da Banca	E-mail: espsec_posgraduacao@saude.sc.gov.br
PRE-MATRÍCULAS E MATRÍCULAS		
09/04/2025 à 16/04/2025	Envio de documentos para pré-matrícula	Através do e-mail: espsec_secretaria@saude.sc.gov.br
24/04/2025 à 25//04/2025	Matrícula presencial	Secretaria Acadêmica Rua: Tulipas, nº. 236; Bairro: Bela Vista III - CEP: 88110-813.
24/04/2025 e 25/04/2025	Início das atividades	1ª atividade presencial



ANEXO III – FICHA DE INSCRIÇÃO

Edital de seleção para Curso de Pós-Graduação lato sensu em Preceptoría em Medicina de Família e Comunidade do Programa de Fomento à Especialização Profissional para Atenção Primária à Saúde em Santa Catarina (FEPAPS-SC).

Nome completo:			
Formação:			
CPF:		R.G.:	
Endereço para correspondência:			
Bairro:	Cidade:	Estado:	CEP:
Telefones: Res. ()		Cel.: ()	Com.: ()
E-mail:			
Para candidatar-se a uma das vagas reservadas para ações afirmativas, assinale com um "X", o grupo beneficiário requerido: () Pessoas negras (pretos e pardos); () Pessoas com deficiência (PcD); () Povos originários (indígenas).			

Declaro ter pleno conhecimento e aceitação deste Edital de Seleção, bem como preencher os requisitos exigidos por ele, incluindo disponibilidade de carga horária exigidas para cumprimento do Curso.

(Assinatura do candidato)



ANEXO IV – FICHA CADASTRAL

DADOS CADASTRAIS – INCLUSÃO PÓS-GRADUANDOS

DESCRIÇÃO DO ÓRGÃO/ENTIDADE SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE - SES					
INFORMAÇÕES PRINCIPAIS					
CPF	DATA DE NASCIMENTO / /		SEXO <input type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMININO		
NOME COMPLETO SEM ABREVIAR					
NOME USUAL PARA UTILIZAR EM CRACHÁ					
NOME DO PAI (SEM ABREVIAR)					
NOME DA MÃE (SEM ABREVIAR)					
NACIONALIDADE BRASILEIRO		UF	MUNICÍPIO DE NASCIMENTO		
ESTADO CIVIL <input type="checkbox"/> CASADO <input type="checkbox"/> DIVORCIADO <input type="checkbox"/> MARITAL <input type="checkbox"/> SEPARADO JUDICIALMENTE <input type="checkbox"/> SOLTEIRO <input type="checkbox"/> VIÚVO					
RAÇA <input type="checkbox"/> AMARELA <input type="checkbox"/> BRANCA <input type="checkbox"/> INDÍGENA <input type="checkbox"/> NEGRA <input type="checkbox"/> PARDA					
TIPO SANGÜÍNEO <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> AB <input type="checkbox"/> O			FATOR RH <input type="checkbox"/> POSITIVO <input type="checkbox"/> NEGATIVO		
DATA DA NATURALIZAÇÃO / /			E-MAIL		
REGISTRO GERAL (CARTEIRA DE IDENTIDADE)					
NÚMERO	ÓRGÃO EMISSOR		UF	DATA DE EXPEDIÇÃO / /	
DADOS DE IMIGRAÇÃO					
PAÍS DE ORIGEM	DATA DE ENTRADA NO BRASIL / /		DATA LIMITE DE PERMANÊNCIA / /		
NECESSIDADE ESPECIAL					
TIPO DE NECESSIDADE <input type="checkbox"/> ESPECIAL <input type="checkbox"/> ESPECIAL PERMANENTE <input type="checkbox"/> INCAPACIDADE			TIPO DE DEFICIÊNCIA <input type="checkbox"/> AUDITIVO <input type="checkbox"/> FÍSICA <input type="checkbox"/> MENTAL <input type="checkbox"/> VISUAL <input type="checkbox"/> OUTRAS		
TÍTULO ELEITORAL					
NÚMERO	ZONA	SEÇÃO	DATA DE EMISSÃO / /	UF	MUNICÍPIO



ESTADO DE SANTA CATARINA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
SUPERINTENDÊNCIA DE ATENÇÃO À SAÚDE
ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DE SANTA CATARINA

CERTIFICADO DE RESERVISTA

NÚMERO	CATEGORIA <input type="checkbox"/> DISPENSA DE INCORPORAÇÃO <input type="checkbox"/> 1ª CATEGORIA <input type="checkbox"/> 2ª CATEGORIA <input type="checkbox"/> 3ª CATEGORIA			
REGIÃO MILITAR	CIRCUNSCRIÇÃO	SÉRIE	ÓRGÃO	
UNIDADE	ANO	DATA EMISSÃO / /	DE	UF

ENDEREÇO

DATA DE INÍCIO NO ATUAL ENDEREÇO	NO	CEP	TIPO DE LOGRADOURO	
LOGRADOURO	NÚMERO		COMPLEMENTO	
ESTADO	MUNICÍPIO		BAIRRO	
TIPO DE HABITAÇÃO <input type="checkbox"/> HOTEL <input type="checkbox"/> PENSÃO <input type="checkbox"/> RESIDÊNCIA ALUGADA <input type="checkbox"/> RESIDÊNCIA CEDIDA <input type="checkbox"/> RESIDÊNCIA PRÓPRIA				
TELEFONE RESIDENCIAL ()	TELEFONE DE CONTATO ()	TELEFONE CELULAR ()	O ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA É O MESMO? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	

CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

NÚMERO	SÉRIE	UF	DATA DE EMISSÃO / /
NÚMERO	SÉRIE	UF	DATA DE EMISSÃO / /

PIS/PASEP CONTRIBUIÇÃO SINDICAL

NÚMERO	DATA DE CADASTRAMENTO / /	SIM
--------	------------------------------	-----

CARTEIRA DE HABILITAÇÃO

NÚMERO	CATEGORIA	UF	DATA 1ª HABILITAÇÃO / /	DATA VALIDADE / /
--------	-----------	----	----------------------------	----------------------

CARTEIRA DE IDENTIDADE PROFISSIONAL

NÚMERO	DATA DE EMISSÃO / /	DATA VALIDADE / /	REGIÃO DO CONSELHO	ÓRGÃO EMISSOR	UF
NÚMERO	DATA DE EMISSÃO / /	DATA VALIDADE / /	REGIÃO DO CONSELHO	ÓRGÃO EMISSOR	UF

NIT – NÚMERO DE INSCRIÇÃO DO TRABALHADOR (se não preencher o PIS)

--

PÓS-GRADUANDO

DATA / /	ASSINATURA
-------------	------------

SECRETARIA ACADÊMICA ESPSC

DATA / /	ASSINATURA
-------------	------------



ANEXO V – FICHA FUNCIONAL

DESCRIÇÃO DO ÓRGÃO/ENTIDADE SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE - SES

EDITAL

NÚMERO ESPSC/POS ___/25	ANO 2025
-------------------------	----------

INFORMAÇÕES DO VÍNCULO

CPF	MATRÍCULA (PREENCHIMENTO RH)	DV	VÍNCULO SES
NOME			
DATA EXERCÍCIO 24/04/2025	INÍCIO	DATA FIM EXERCÍCIO 28/02/2027	OPÇÕES DE CONTRATO <input checked="" type="checkbox"/> NOVO VÍNCULO PARA NOVO CONTRATO <input type="checkbox"/> NOVO CONTRATO PARA UM VÍNCULO JÁ ENCERRADO

INFORMAÇÕES DA RELAÇÃO DE VÍNCULO/CONTRATO

DESCRIÇÃO DA FUNÇÃO/ COMPETÊNCIA PÓS-GRADUANDO			
DESCRIÇÃO DA ESPECIALIDADE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE			
NÍVEL Não se aplica	REFERÊNCIA Não se aplica	RELAÇÃO DE TRABALHO Não se aplica	REGIME DE TRABALHO ADMINISTRATIVO ESPECIAL
NATUREZA DO VÍNCULO TEMPORÁRIO		REGIME PREVIDENCIÁRIO REGIME GERAL – CONTRIBUINTE INDIVIDUAL	
MUNICÍPIO A definir			
UNIDADE A definir			
CARGA HORÁRIA 40 Horas			

DADOS DE CRÉDITO

BANCO BANCO DO BRASIL (obrigatoriedade)	AGÊNCIA	NÚMERO DA CONTA	TIPO DE CONTA CONTA CORRENTE
--	---------	-----------------	--

PÓS-GRADUANDO

DATA / /	ASSINATURA
-------------	------------

SECRETARIA ACADÊMICA ESPSC

DATA / /	ASSINATURA
-------------	------------



ANEXO VI – TERMO DE COMPROMISSO FEPAPS

TERMO DE COMPROMISSO E RESPONSABILIDADE

Pelo presente TERMO DE COMPROMISSO E RESPONSABILIDADE, eu
(nome) _____, (CPF) _____

_____ (nacionalidade) _____, (estado civil) _____, residente e domiciliado no
(endereço completo) _____ tendo sido
selecionado para realizar curso de pós-graduação _____, com duração de 2
anos, com início em ___/___/___, assumo, voluntariamente, de acordo com as Normas que
regem os cursos de pós-graduação, o compromisso de:

1. Ser preceptor e ter disponibilidade de cumprimento de carga horária, e apresentar documentação comprobatória na matrícula, conforme critérios do edital de seleção.
2. Acompanhar o residente apoiando seu processo de aprendizagem, dinamizando sua capacidade de aprender a aprender, disposto ao trabalho em equipe, com postura ética, colaborativa e compromissada com as necessidades de saúde da sociedade, além de aprofundar, de modo crítico e reflexivo, o conhecimento cientificamente produzido correlacionando com ações e atividades práticas.
3. Cumprir integralmente as exigências curriculares, a fim de evitar o desligamento do curso por insuficiência acadêmica ou outra razão a que der causa.
4. Não exceder os prazos previstos e autorizados para realização do curso.
5. Para o curso de Pós-graduação *Lato Sensu* em Preceptoría de Medicina de Família e Comunidade, o desenvolvimento da função de preceptoría é uma exigência para o recebimento de bolsa.

5.1 O afastamento das atividades da preceptoría nos primeiros seis meses do curso por motivo do preceptor ou do residente, acarretará na suspensão do pagamento dos valores da bolsa.

5.2 Caso haja o afastamento das atividades da preceptoría após os primeiros seis meses do curso, será mantido o pagamento de bolsa para pós-graduandos, desde que sejam realizadas atividades de preceptoría remotas tais como: apoio a distância a residentes com dificuldades pontuais de preceptoría local, cenário de prática para estágios optativos ou cobertura de férias, apoio as atividades de coordenação do programa (liderança Balint, aperfeiçoamento do AVA, tutoria, avaliação, mediação de conflitos, articulação com gestores municipais ou estágios externos).



5.3 O pós-graduando que se mantiver afastado da função de preceptoría até 30 de março do ano letivo seguinte ao afastamento da função, poderá continuar o curso de pós-graduação e receber a certificação, contudo terá o pagamento de bolsa suspenso.

6. Assumir o compromisso de manter-se ativo na função de preceptoría do Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade da ESPSC no período mínimo de 2 anos após a formação.

7. Não participar de outra pós-graduação em preceptoría enquanto cursar a pós-graduação da ESPSC.

_____, ____ de _____ de 2025.

(Assinatura do candidato)



ANEXO VII – CARTA DE RECOMENDAÇÃO DO GESTOR MUNICIPAL PARTICIPANTE DA REDE DE INTEGRAÇÃO ENSINO E SERVIÇO DA SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE – SES/SC

O município de _____, participante da Rede de Integração Ensino e Serviço da Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina, por meio de Contrato Organizativo de Ação Pública Ensino e Saúde (COAPES), recomenda o médico preceptor, especialista em Medicina de Família e Comunidade, (NOME DO MFC), como participante do curso de PÓS-GRADUAÇÃO LATO SENSU EM PRECEPTORIA EM MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE.

O município está ciente que o preceptor cumprirá carga horária teórica em horário não coincidente com a sua prática assistencial, contudo, a carga horária prática (85 horas/ano), para o desenvolvimento de facilitação dos encontros teóricos do PRMFC, ocorrerão as quintas-feiras no período vespertino, sendo necessária a liberação do preceptor, conforme escala disponibilizada pela coordenação do Curso.

_____, ____ de _____ de 2025.

Gestor Municipal (Secretário(a) de Saúde ou Coordenador(a) de Atenção Primária em Saúde/APS)



ANEXO VIII – MODELO DE TERMO DE DESISTÊNCIA DE VAGA EM CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO

Eu, _____,
Nacionalidade _____, Estado Civil _____, RG
nº _____, inscrito(a) no CPF nº _____, candidato(a)
recomendado(a) no EDITAL DE SELEÇÃO PARA PÓS-GRADUAÇÃO LATO SENSU EM
PRECEPTORIA EM MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE DA SECRETARIA DE ESTADO
DA SAÚDE DE SANTA CATARINA -SES/SC - EDITAL Nº
_____/2025/SES, classificado(a) para ocupação da vaga no município
_____, venho através deste termo, DECLARAR A
MINHA DESISTÊNCIA DA VAGA, por minha decisão voluntária referente à vaga para o Curso
de Pós-Graduação em questão, para o qual fui recomendado(a), e autorizo minha substituição
por outro candidato.

Esclareço ter ciência de que esta decisão implica na minha exclusão do quadro de
beneficiados deste Edital de Seleção, e ainda, que em decorrência dessa decisão, não tenho
direito a qualquer tipo de indenização, de qualquer ordem.

_____, ____ de _____ de 2025.

(Assinatura do candidato desistente)



ANEXO IX – DOCUMENTOS PARA INSCRIÇÃO E MATRÍCULA

DOCUMENTAÇÃO	
1	Ficha de inscrição preenchida e assinada (Anexo III)
2	Ficha cadastral preenchida e assinada (Anexo IV)
3	Ficha funcional preenchida e assinada (Anexo V)
4	Termo de Compromisso FEPAPS preenchido e assinado (Anexo
5	Carta de recomendação do gestor municipal participante da Rede de Integração Ensino e Serviço da SES/SC preenchida e assinada (Anexo VII)
6	Cédula de Identidade
7	Cadastro de Pessoa Física (CPF)
8	Inscrição no Conselho Regional de Medicina (primária ou secundária) junto ao CREMESC, conforme estabelecido nos itens deste Edital (Dos Requisitos Básicos Exigidos)
9	Histórico escolar
10	Certificado de escolaridade (Diploma médico)
11	Documento comprobatório de Especialista em Medicina de Família e Comunidade
12	Título de Eleitor
13	Certidão de quitação eleitoral atualizada: https://www.tse.jus.br/servicos-eleitorais/certidoes/certidao-de-quitacao-eleitoral
14	Certidão de casamento e de nascimento dos filhos (caso houver)
15	Certificado de reservista (se do sexo masculino)
16	Comprovante de residência atualizado em nome do candidato
17	Comprovante de vacinação atualizado
18	Número da Carteira de Trabalho, página indicando o ano do primeiro emprego e a qualificação civil
19	Cartão do PIS/PASEP
20	Número de NIT, disponível no aplicativo “meu INSS”;
21	Último contracheque (no caso de já ser servidor da SES)
22	Número de conta corrente individual do Banco do Brasil
23	Atestado Médico de Aptidão Física e Mental emitido por Médico do Trabalho, com validade de no máximo 60 dias (este último item poderá ser apresentado até a data da matrícula).



**ANEXO XI – MODELO DE AUTODECLARAÇÃO PARA CANDIDATOS DAS AÇÕES
AFIRMATIVAS: NEGROS (PRETOS E PARDOS)**

Eu, _____, carteira de identidade (RG) nº _____, inscrito(a) no CPF sob o nº _____, declaro optar pela participação no Processo Seletivo para pós-graduação Edital nº _____, de acordo com a especificação assinalada abaixo:

- Preto(a)
 Pardo(a)

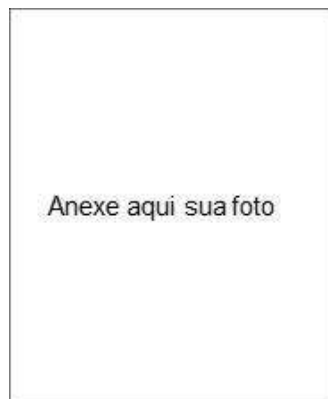
Declaro ainda que os seguintes motivos justificam minha autodeclaração étnico-racial:

(***OBS:** O quesito cor ou raça será avaliado de acordo com os termos utilizados pela Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE, onde serão verificadas características fenotípicas étnico-raciais tais como cor da pele, textura do cabelo e formatos do rosto, lábios e nariz).

Declaro ainda estar ciente que:

- I – As vagas reservadas destinam-se às pessoas que apresentem características fenotípicas de pessoa negra, que assim sejam socialmente reconhecidas, não sendo suficiente minha identificação pessoal ou ancestralidade.
- II – A presente autodeclaração e a fotografia por mim apresentada serão analisadas pela Comissão de Heteroidentificação e Verificação Documental, a qual poderá convocar-me para entrevista e avaliação presencial, conforme cronograma do edital.
- III – Se no procedimento adotado pela Comissão de Heteroidentificação e Verificação Documental restar verificada a ocorrência de fraude e evidente má-fé na minha conduta, mediante apuração na qual me seja garantido o exercício do direito à recurso e ampla defesa, serei excluído do processo seletivo e tal fato comunicado ao Ministério Público.

_____, _____ de _____ 20__.



Assinatura do Candidato



**ANEXO XII – MODELO DE AUTODECLARAÇÃO PARA CANDIDATOS DAS AÇÕES
AFIRMATIVAS: PcDS**

Eu, _____, carteira de identidade (RG) nº _____, inscrito(a) no CPF sob o nº _____, declaro optar pela participação no Processo Seletivo para Pós Graduação Edital nº _____ nas vagas destinadas às Pessoas com Deficiência, de acordo com a especificação da deficiência assinalada abaixo:

- () Deficiência Auditiva
- () Deficiência Visual
- () Deficiência Física
- () Deficiência Intelectual
- () Deficiências Múltiplas
- () Transtorno do Espectro Autista

Declaro ainda estar ciente que:

- I – As vagas reservadas destinam-se às Pessoas com Deficiência, sendo necessário a apresentação de laudo emitido por especialista para comprovar a deficiência.
- II – A presente autodeclaração e o laudo por mim apresentados serão analisadas pela Comissão de Heteroidentificação e Verificação Documental.
- III – Se no procedimento adotado pela Comissão de Heteroidentificação e Verificação Documental restar verificada a ocorrência de fraude e evidente má-fé na minha conduta, mediante apuração na qual me seja garantido o exercício do direito à recurso e ampla defesa, serei excluído do processo seletivo e tal fato comunicado ao Ministério Público.

_____, _____ de _____ 20____.

Assinatura do Candidato



**ANEXO XIII – MODELO DE AUTODECLARAÇÃO PARA CANDIDATOS DAS AÇÕES
AFIRMATIVAS: POVOS ORIGINÁRIOS (INDÍGENAS)**

Eu, _____, carteira de identidade (RG) nº _____, inscrito(a) no CPF sob o nº _____, declaro optar pela participação no Processo Seletivo para Pós Graduação Edital nº _____, de acordo com a especificação assinalada abaixo:

() Indígena

(***OBS:** esta autodeclaração deverá ser enviada juntamente com documento emitido por autoridades/lideranças de seu respectivo povo ou associações indígenas ou a cópia de seu Registro Administrativo de Nascimento Indígena (RANI)).

Declaro ainda estar ciente que:

- I – As vagas reservadas aos povos originários, destinam-se aos candidatos indígenas.
- II – A presente autodeclaração e os documentos por mim apresentadas serão analisadas pela Comissão de Heteroidentificação e Verificação Documental, conforme cronograma do edital.
- III – Se no procedimento adotado pela Comissão de Heteroidentificação e Verificação Documental restar verificada a ocorrência de fraude e evidente má-fé na minha conduta, mediante apuração na qual me seja garantido o exercício do direito à recurso e ampla defesa, serei excluído do processo seletivo e tal fato comunicado ao Ministério Público.

_____, _____ de _____ 20__.

Assinatura do Candidato



ANEXO XIV – AUTORIZAÇÃO DE USO DE IMAGEM

Eu, _____, nacionalidade _____, estado civil _____, portador (a) da Cédula de identidade (RG) nº. _____ inscrito (a) no CPF sob nº _____, residente à Av./Rua _____, nº. _____, município de _____, estado _____. AUTORIZO o uso de minha

imagem em todo e qualquer material entre imagens de vídeo, fotos e documentos, para ser utilizada exclusivamente no processo seletivo de Curso de Pós-graduação – Edital nº 7/2024/SES.

A presente autorização é concedida a título gratuito. Por esta ser a expressão da minha vontade declaro que autorizo o uso acima descrito sem que nada haja a ser reclamado

a título de direitos conexos à minha imagem ou a qualquer outro, e assino a presente autorização.

_____, _____ de _____ 20____.

Assinatura do Candidato



ANEXO XV

MODELO DE TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA USO DE DADOS PESSOAIS

Em conformidade com a Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (Lei nº 13.709/2018 - LGPD), autorizo a SES/SC, inscrita sob o CNPJ n. 80.673.411/0001-87, com sede na Rua Esteves Júnior, 160, Centro, Florianópolis/SC a realizar o tratamento dos meus dados pessoais fornecidos neste processo seletivo de forma ética, responsável e segura, com as seguintes finalidades:

- Gerenciar minha inscrição no processo seletivo do curso de pós-graduação *lato sensu* em Educação Permanente em Saúde para Atenção Primária com Enfoque nas Residências do Programa de Fomento à Especialização Profissional para Atenção Primária à Saúde em Santa Catarina (FEPAPS-SC);
- Realizar a análise e avaliação de documentos apresentados;
- Entrar em contato por meio de telefone, e-mail ou outras formas de comunicação indicadas;
- Cumprir obrigações legais e regulamentares relacionadas às atividades educacionais;
- Divulgar resultados e informações pertinentes ao processo seletivo.

Garantias:

A instituição acima citada compromete-se a:

- Proteger meus dados pessoais contra acessos não autorizados e/ou vazamentos;
- Utilizar os dados exclusivamente para as finalidades descritas acima;
- Não compartilhar meus dados com terceiros, salvo em casos legalmente exigidos ou mediante autorização expressa.

Revogação do Consentimento:

- Tenho ciência de que posso, a qualquer momento, solicitar informações sobre o uso de meus dados pessoais ou requerer a revogação deste consentimento por meio do e-mail espsc_posgraduacao@saude.sc.gov.br com cópia para espsc_secretaria@saude.sc.gov.br, ciente de que isso pode impactar minha participação no processo seletivo.

Declaro que li e compreendi este termo e que estou de acordo com as condições aqui estabelecidas.

Local e Data: _____, ____/____/____

Assinatura do Candidato: _____



ESTADO DE SANTA CATARINA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
SUPERINTENDÊNCIA DE ATENÇÃO À SAÚDE
ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DE SANTA CATARINA

ANEXO XVI – ENDEREÇOS

ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DE SANTA CATARINA (ESPSC)
Rua Tulipas 236, bairro Bela Vista III – CEP 88110-813
Telefones - NPG (Núcleo de Pós-Graduação):
(48) 3665-6436
(48)3665-4658 (whatsapp)

Link de envio de documentos para inscrição ao processo seletivo:

<https://www.sc.gov.br/servicos/protocolo-digital>

Link envio de documentos relativos à pré-matrícula:

esp_sc_secretaria@saude.sc.gov.br

E-mail para envio de recurso:

esp_sc_posgraduacao@saude.sc.gov.br

E-mail para envio de Termo de Desistência:

esp_sc_posgraduacao@saude.sc.gov.br

esp_sc_secretaria@saude.sc.gov.br

Dúvidas quanto a Inscrição:

esp_sc_posgraduacao@saude.sc.gov.br

Dúvidas quanto a Matrícula:

esp_sc_secretaria@saude.sc.gov.br



Assinaturas do documento



Código para verificação: **9WQ6W3X7**

Este documento foi assinado digitalmente pelos seguintes signatários nas datas indicadas:



DIOGO DEMARCHI SILVA (CPF: 010.XXX.009-XX) em 26/03/2025 às 11:59:18

Emitido por: "SGP-e", emitido em 02/08/2023 - 13:06:44 e válido até 02/08/2123 - 13:06:44.

(Assinatura do sistema)

Para verificar a autenticidade desta cópia, acesse o link <https://portal.sgpe.sea.sc.gov.br/portal-externo/conferencia-documento/U0VTXzcwNTIfMDAwNjEwOTRfNjE2NjFmJyAyNV85V1E2VzNYNw==> ou o site

<https://portal.sgpe.sea.sc.gov.br/portal-externo> e informe o processo **SES 00061094/2025** e o código **9WQ6W3X7** ou aponte a câmera para o QR Code presente nesta página para realizar a conferência.