



## **PROCESSO SELETIVO PARA MÉDICO DE FAMÍLIA E COMUNIDADE PARA CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO EDITAL ESPSC Nº21/2025/SES**

A SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SANTA CATARINA - SES/SC, dentro de suas atribuições legais, torna pública a abertura das inscrições ao processo seletivo de vagas para o 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), conforme Deliberação 012/CIB/2020, em 19 fevereiro de 2020, e Portaria SES n.º 752 de 24 de setembro de 2020 publicada no Diário Oficial do Estado nº 21432; com ingresso para o ano 2026, observado as disposições contidas neste Edital.

### **1 DAS DISPOSIÇÕES PRELIMINARES**

1.1 O processo seletivo será regido por este Edital e executado pela Escola de Saúde Pública de Santa Catarina, para as vagas disponíveis conforme Anexo I.

1.2 O processo seletivo é para o Curso de Pós-graduação *lato sensu* em Educação Permanente em Saúde para Atenção Primária com Enfoque nas Residências, destinado exclusivamente para médicos especialistas em Medicina de Família e Comunidade.

1.3 O curso terá duração de 2 anos, com carga horária de 40 horas semanais, distribuídas em 32 horas para prática docente-assistencial em forma de preceptoria e assistência nos municípios da Rede de Integração Ensino e Serviço de Residências na Atenção Primária à Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina (RIES- SC), e 8 horas para encontros teórico-práticos em forma de tutoria nos programas de residência e nos programas de qualificação da atenção primária.

1.4 A etapa única deste processo seletivo constará de avaliação de currículo, executada sob a responsabilidade da Escola de Saúde Pública de Santa Catarina.

1.4.1 Os critérios a serem utilizados para avaliação de currículo estão dispostos no item 4.2.

1.5 O cronograma para o processo seletivo está contido no Anexo II.

1.6 A inscrição do candidato no presente processo seletivo implicará no conhecimento e tácita aceitação das normas e condições estabelecidas neste edital e em seus anexos.

1.7 O valor da bolsa do MÉDICO DE FAMÍLIA E COMUNIDADE, discente da pós-graduação, é de R\$ 12.318,27 (Doze mil, trezentos e dezoito reais, e vinte e sete centavos), de acordo com a Portaria SES Nº 1235, de 11 de novembro de 2021, publicada em DOE nº 21651.

1.8. O município onde o pós-graduando for alocado, complementarà a bolsa na forma de contrapartida no valor mínimo de 4.500,00 (quatro mil e quinhentos reais).



1.9 O preenchimento das vagas será feito rigorosamente de acordo com a ordem de classificação e o número de vagas oferecidas, em curso credenciado pelo Conselho Estadual de Educação (CEE), e bolsa garantida pela SES/SC.

1.10 Serão efetuadas convocações até o preenchimento das vagas.

1.11 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 matrícula, de acordo com as vagas disponibilizadas, o candidato aprovado, classificado e convocado no processo seletivo na forma estabelecida neste edital e eventual retificação, deverá:

2.1.1 Ter sido aprovado e classificado neste processo seletivo e convocado a realizar matrícula no respectivo curso de pós-graduação.

2.1.2 Ser brasileiro e ter registro primário ou secundário no Conselho Regional de Medicina (CRM) do Estado de Santa Catarina (CREMESC).

2.1.3 Para o candidato com registro no CRM de outro estado, caso o registro no CREMESC (secundário ou transferência) não esteja pronto até o dia da matrícula, o mesmo deverá apresentar, neste ato, o documento original e a cópia do registro profissional de outro Estado e a cópia do protocolo de inscrição junto ao CREMESC. Ficam excluídos os médicos estrangeiros ou brasileiros com diploma médico adquirido no exterior.

2.1.3.1 O candidato que se enquadrar no item 2.1.3 terá até o primeiro dia do início das atividades no curso para apresentar o seu registro profissional do CREMESC.

2.1.4 Gozar dos direitos políticos.

2.1.5 Estar em dia com as obrigações eleitorais e militares (para o sexo masculino).

2.1.6 No caso de médico brasileiro com diploma médico adquirido no exterior são exigidos, além das exigências anteriores:

2.1.6.1 Ter reconhecimento do diploma por universidade pública brasileira conforme resolução do Conselho Federal de Medicina (CFM) nº 1831/2008 e 1832/2008.

2.1.6.2 Estar registrado no CREMESC, bem como estar inteiramente regular com as demais exigências legais do órgão fiscalizador do exercício profissional.

2.1.7 Para médico estrangeiro, além das exigências dos itens 2.1.1 e 2.1.3, a inscrição só será aceita mediante a apresentação de:



2.1.7.1 Visto permanente ou documento que preencha os requisitos dos acordos internacionais firmados com o Brasil.

2.1.7.2 Diploma revalidado por universidade pública brasileira e exame de proficiência da língua portuguesa de acordo com o estabelecido nas Resoluções CFM nº 1831/2008 e 1832/2008.

2.1.7.3 Estar registrado no CREMESC, bem como estar inteiramente regular com as demais exigências legais do órgão fiscalizador do exercício profissional.

2.1.8 Ter concluído 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.

2.1.8.1 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, neste caso, cópia do comprovante de credenciamento da instituição pela CNRM.

2.1.8.2 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.

2.1.8.3 No caso de Médico de Família e Comunidade titulado, o candidato deverá comprovar por certificado de título devidamente reconhecido pela SBMFC.

2.1.8.4 No caso de residentes que estão finalizando o Programa de Residência de Medicina de Família e Comunidade será válida a declaração do Programa de Residência ao qual está vinculado constando o período de término de residência em 28/02/2026 (vinte e ~~no~~ oito de fevereiro de dois mil e vinte e seis), ~~e ausência de pendências~~.

2.1.9 Ao se inscrever neste edital, o candidato está atestando a disponibilidade de carga horária para cumprimento das atividades exigidas pelo curso de pós-graduação.

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

### **3 DA INSCRIÇÃO NO PROCESSO SELETIVO**

3.1 As inscrições estarão abertas em período, conforme cronograma (Anexo II). O processo seletivo será regido por este edital e executado sobre responsabilidade da Escola de Saúde Pública de Santa Catarina (ESPSC).



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

3.2.1 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: Educação Permanente em Saúde para APS com Enfoque nas Residências – EDITAL 21/2025/SES (Anexo IV)

3.3 No ato da inscrição, o candidato deverá anexar os documentos para inscrição, frente e verso em formato PDF em documento único, conforme Anexo IV;

3.4 Para médico brasileiro com diploma médico adquirido no exterior, será necessário ainda: Documento comprobatório de reconhecimento do diploma por universidade pública brasileira conforme Resolução CFM nº 1831/2008 e 1832/2008.

3.5 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 PROCESSO SELETIVO**

4.1 A etapa única do processo seletivo consistirá de avaliação do currículo, de caráter classificatório, nos termos deste edital.

4.1.1 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>.

4.2 Grade Curricular: Critérios, Especificação e Pontuação



| CRITÉRIOS                                                          | ESPECIFICAÇÃO                                                                                                                                                                          | PONTUAÇÃO |
|--------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>Curso</b><br>Limite de 1 curso para pontuação atribuída no item | Residência Médica em Medicina da Família e Comunidade concluída e reconhecida pela CNRM                                                                                                | 30 pontos |
| <b>Título</b><br>Limite de 1 título para pontuação no item         | Especialista em Medicina de Família e Comunidade fornecido pela SBMFC                                                                                                                  | 20 pontos |
| <b>Curso</b><br>Limite de 1 curso para pontuação no item           | Terceiro ano de Residência em MFC credenciada pela CNRM                                                                                                                                | 20 pontos |
| <b>Curso</b><br>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 |
| <b>Curso</b><br>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  |

4.3 A pontuação máxima poderá ser de 100 pontos.

4.4 A pontuação pelos títulos acima indicados será computada pela análise dos documentos inseridos no link de inscrição e comprovados pelos documentos originais apresentados no período de matrícula presencial, no primeiro dia de atividade do curso.

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

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

4.6 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>

4.7 Os candidatos que desejarem ingressar com recurso em relação à classificação (avaliação de currículo), deverão fazê-lo seguindo o formulário do Anexo III, no período determinado no cronograma (Anexo II), por meio do e-mail: [espssc\\_posgraduacao@saude.sc.gov.br](mailto:espssc_posgraduacao@saude.sc.gov.br)

4.7.1 A análise do recurso será enviada para o e-mail cadastrado do candidato solicitante.



4.8 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 [espsec\\_posgraduacao@saude.sc.gov.br](mailto:espsec_posgraduacao@saude.sc.gov.br), nas datas determinadas pelas normas do edital.

## **6 DA PRÉ-MATRÍCULA, MATRÍCULA, DA CONFIRMAÇÃO 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 [espsec\\_secretaria@saude.sc.gov.br](mailto:espsec_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 IV deste edital e deverão ser anexadas no ato da inscrição ao processo seletivo.

6.1.2 No ato da matrícula, o candidato deverá portar os documentos originais para efetivação da matrícula.

6.1.3 Para o candidato com registro no CRM de outro estado, caso o registro no CREMESC (secundário ou transferência) não esteja pronto até o dia da matrícula, o mesmo deverá apresentar, neste ato, o documento original e a cópia do registro profissional de outro estado.

6.1.4 O pós-graduando efetivamente matriculado no curso deverá comparecer a atividade online para início das atividades curriculares no dia 28 de fevereiro de 2026, às 10 horas, na **Sala Virtual:** <https://conferenciaweb.rnp.br/rute/espsec-1>

6.1.5 O pós-graduando efetivamente matriculado no curso que deixar de se apresentar ou de justificar sua ausência, por escrito, em até 24 horas do início da matrícula presencial do curso será considerado desistente, ficando a instituição autorizada a convocar, no dia seguinte, outro candidato aprovado, em ordem decrescente de classificação.

6.2 Após a convocação para matrícula, caso houverem vagas não preenchidas ou desistentes, serão realizadas convocações, pela Escola de Saúde Pública de Santa



Catarina, aos candidatos residuais, classificados em ordem decrescente, por meio do e-mail que o candidato forneceu para contato no ato da inscrição.

6.3 O candidato, convocado por e-mail para matrícula em vaga remanescente, deverá se apresentar, pessoalmente ou por procuração pública, até às 36 horas do dia útil subsequente ao envio do e-mail de chamamento, para efetivação da matrícula na Escola de Saúde Pública de Santa Catarina.

6.3.1 A ausência de inscrição neste período será caracterizada como desistência da vaga, independente da apresentação de intenção de vontade expressa por e-mail ou ofício, desta forma a Escola de Saúde Pública de Santa Catarina prosseguirá o chamamento dos demais classificados em ordem decrescente de classificação.

6.4 O preenchimento das vagas será feito rigorosamente de acordo com a ordem de classificação e o número de vagas oferecidas e conforme a relação entre a oferta de municípios para alocação e o aceite dos candidatos e, se dará em consonância com credenciamento junto ao CEE com bolsa garantida.

6.4.1 Serão efetuadas convocações até o preenchimento das vagas para conclusão da matrícula e ingresso no curso pelo candidato convocado.

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

6.6 O candidato, convocado a realizar matrícula, que não tiver interesse em utilizar 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 IV, devidamente assinado e encaminhado pelo e-mail que o candidato forneceu no ato da inscrição para o(s) seguintes endereço(s) eletrônico(s): [espssc\\_posgraduacao@saude.sc.gov.br](mailto:espssc_posgraduacao@saude.sc.gov.br) e [espssc\\_secretaria@saude.sc.gov.br](mailto:espssc_secretaria@saude.sc.gov.br)

## 7 DOS RECURSOS

7.1 Todo e qualquer documento, petição, recurso ou requerimento relacionado a esse processo seletivo deverá ser encaminhado ao e-mail [espssc\\_posgraduacao@saude.sc.gov.br](mailto:espssc_posgraduacao@saude.sc.gov.br) na data determinada (Anexo II).

7.2 A análise do recurso será encaminhada para o e-mail cadastrado pelo candidato.

7.3 Os recursos devem ser fundamentados com argumentação lógica e consistente.

7.4 Recursos e argumentações apresentadas fora das especificações estabelecidas neste edital serão indeferidos.

7.5 Não serão aceitos recursos fora de prazo ou que não atendam aos requisitos exigidos neste edital (item 7.7).



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

7.7 Cabe recurso quanto à:

- a) nota da avaliação do currículo e à ordem da classificação do candidato;
- b) avaliação documental e avaliação de heteroidentificação aos candidatos que concorrem às vagas destinadas às ações afirmativas.

7.7.1 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 no âmbito das ações afirmativas deverão fazê-lo conforme as orientações a seguir.

7.7.1.1 Preencher e assinar o formulário (Anexo III), no prazo constante no cronograma (Anexo II) e remetê-lo por e-mail para [espsec\\_posgraduacao@saude.sc.gov.br](mailto:espsec_posgraduacao@saude.sc.gov.br).

**Assunto:** Recurso - Ações Afirmativas / Edital 21/2025 EPS.

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

- a) Recurso quanto à avaliação documental para candidatos que se inscreveram na modalidade cotas - Pessoas com deficiência (PCD).
- b) Recurso quanto à avaliação documental para candidatos que se inscreveram na modalidade cotas - povos originários (indígenas).
- c) Recurso quanto à avaliação fenotípica para candidatos que se inscreveram na modalidade cotas - negros (pretos e pardos).

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

## **8 DA AVALIAÇÃO, CLASSIFICAÇÃO, VAGAS DE AÇÕES AFIRMATIVAS E VAGAS DE ALOCAÇÃO**

8.1 Etapa única do processo seletivo (Avaliação do Currículo) terá peso de 100% (cem por cento).

8.2 Serão classificados no processo seletivo os candidatos que obtiverem a melhor pontuação na avaliação do currículo, em ordem decrescente de classificação, e serão distribuídos por grupos beneficiários das ações afirmativas e grupo de ampla concorrência, conforme o número de vagas previstas.

8.3 Ocorrendo empate na colocação dos classificados serão adotados sucessivamente os seguintes critérios de desempate:

- a) maior idade, considerando dia, mês e ano de nascimento;
- b) maior tempo de formado, considerando dia, mês e ano.



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

8.4.1 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).

8.4.2 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).

8.4.3 Quando o número de vagas reservadas por força da incidência dos percentuais previstos no item 8.5.2 resultar em fração, aplica-se a seguinte regra:

- I. Se a fração for igual ou maior do que 0,5 (cinco décimos), o quantitativo será arredondado para o número inteiro imediatamente superior; e
- II. Se a fração for menor do que 0,5 (cinco décimos), o quantitativo será arredondado para o número inteiro imediatamente inferior.

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

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

8.4.6 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.

8.4.6.1 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, neste caso, para a ocupação da vaga reservada para ações afirmativas, será chamado o candidato inscrito pelas ações afirmativas subsequentes.

8.5 A classificação no processo seletivo, distribuída conforme grupo de beneficiários 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.

8.5.1 A distribuição dos candidatos nos municípios participantes da Rede de Integração Ensino-Serviço para Residências na Atenção Primária da Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina (RIES-SC) será realizada em data, conforme o cronograma, em reunião virtual, pelo seguinte link: <https://conferenciaweb.rnp.br/rute/espsc-1>

Conforme escolha do candidato por ordem de classificação, utilizando a seguinte ordem de grupos beneficiários, caso haja vagas reservadas: Grupo II- Pessoas com deficiência (PCD), Grupo I- Pessoas negras (pretos e pardos), Grupo III- Povos originários (indígenas), e Grupo de ampla concorrência. Da seguinte maneira: 1º colocado do Grupo II, 1º colocado do Grupo



I, 1º colocado do Grupo III, e o 1º colocado do Grupo de ampla concorrência, 2º colocado do Grupo II, 2º colocado do Grupo I e assim, por diante.

8.6 A adesão para concorrer a uma das vagas reservadas para ações afirmativas dar-se-á de forma voluntária e a autodeclaração 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.

8.7 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.

8.8 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.

8.9 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 VIII. 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 IX 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 da(o) 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 X e documento assinado por autoridades/lideranças de seu respectivo povo ou associações indígenas ou a cópia de seu Registro Administrativo de Nascimento Indígena (RANI).



8.10 Deverão ser anexados os documentos constantes no item 8.9 deste edital e conforme modelos contidos nos Anexos VIII, IX e X, no momento da inscrição, conjuntamente com os demais documentos, 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 VIII) 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.

9.3.2.2 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 agendamento 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 IX e laudo com comprovação da deficiência.

9.4.1 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 da(o) profissional responsável por sua emissão.

9.4.2 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 X) 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 PROCESSO SELETIVO**

10.1 O resultado final do processo seletivo para 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, contendo os nomes dos candidatos classificados.

## **11 DAS DISPOSIÇÕES FINAIS**

11.1 O Processo Seletivo se dará em etapa única, sendo de competência da Escola de Saúde Pública de Santa Catarina.

11.2 O resultado final do processo seletivo, publicado no Portal da Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina, constitui-se o único documento hábil para comprovar a habilitação do candidato.

11.3 Todas as vagas oferecidas são em Curso de Pós-graduação lato sensu em Educação Permanente em Saúde para Atenção Primária à Saúde com Enfoque nas Residências em Saúde, do Programa de Fomento à Especialização Profissional para Atenção Primária à Saúde em Santa Catarina (FEPAPS-SC), reconhecidos e credenciados pelo CEE.

11.4 Os candidatos aprovados deverão apresentar registro no CRM e sem o qual perderão o direito de sua inclusão no curso.



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

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

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

11.7 No dia 28 de fevereiro de 2026, terão início às atividades do Curso de Pós-graduação.

Florianópolis, 17 de dezembro 2025.

Diogo Demarchi Silva  
**Secretário de Estado da Saúde**



## ANEXO I

### QUADRO I - VAGAS CREDENCIADAS

| Município<br>(Cenário de prática) | Bolsa Contrapartida | Nº Vagas          | Pré-requisito                                                     |
|-----------------------------------|---------------------|-------------------|-------------------------------------------------------------------|
| <u>BALNEÁRIO CAMBORIU</u>         | <u>R\$ 4.500,00</u> | <u>1</u>          | Residência ou Titulação em<br>Medicina de Família e<br>Comunidade |
| CAMPO BELO DO SUL                 | R\$ 4.766,85        | 1                 |                                                                   |
| <u>GAROPABA</u>                   | <u>R\$ 4.500,00</u> | <u>1</u>          |                                                                   |
| IMBITUBA                          | R\$ 4.500,00        | 1                 |                                                                   |
| <u>LAURO MULLER</u>               | <u>R\$ 5.500,00</u> | <u>1</u>          |                                                                   |
| SANTO AMARO DA<br>IMPERATRIZ      | R\$ 4.500,00        | 1                 |                                                                   |
| SÃO JOÃO BATISTA                  | R\$ 4.500,00        | 1                 |                                                                   |
| URUBICI                           | R\$ 6.000,00        | 1                 |                                                                   |
| TOTAL                             |                     | <b>5</b> <u>8</u> |                                                                   |



## ANEXO II

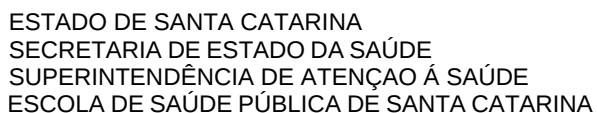
### CRONOGRAMA

| EDITAL Nº 21/2025/SES/ESPSC/POS        |                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|----------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| DATA                                   | EVENTO                                                                                                                                                                    | LOCAL/HORÁRIO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| 07/01/2026                             | Publicação do Extrato do Edital                                                                                                                                           | Diário Oficial do Estado                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| 08/01/2026                             | Publicação do Edital                                                                                                                                                      | Site da SES/SC e da ESPSC:<br><a href="https://esp.saude.sc.gov.br/index.php/cursos/fepaps">https://esp.saude.sc.gov.br/index.php/cursos/fepaps</a><br><a href="https://www.saude.sc.gov.br/index.php/pt/servicos/concursos-e-selecoes/editais-pos-graduacao-e-latu-sensu">https://www.saude.sc.gov.br/index.php/pt/servicos/concursos-e-selecoes/editais-pos-graduacao-e-latu-sensu</a> |
| INSCRIÇÕES                             |                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| 08/01/2026 à 25/01/2026                | Período de inscrições                                                                                                                                                     | <a href="https://www.sc.gov.br/servicos/protocolo-digital">https://www.sc.gov.br/servicos/protocolo-digital</a>                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| AVALIAÇÃO E CLASSIFICAÇÃO              |                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| 27/01/2026                             | Homologação dos candidatos e divulgação preliminar dos classificados                                                                                                      | Site da SES/SC e da ESPSC:<br><a href="https://esp.saude.sc.gov.br/index.php/cursos/fepaps">https://esp.saude.sc.gov.br/index.php/cursos/fepaps</a><br><a href="https://www.saude.sc.gov.br/index.php/pt/servicos/concursos-e-selecoes/editais-pos-graduacao-e-latu-sensu">https://www.saude.sc.gov.br/index.php/pt/servicos/concursos-e-selecoes/editais-pos-graduacao-e-latu-sensu</a> |
| 28/01/2026 à 29/01/2026                | Prazo para recurso                                                                                                                                                        | <a href="mailto:espse_posgraduacao@saude.sc.gov.br">espse_posgraduacao@saude.sc.gov.br</a>                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| 30/01/2026                             | Divulgação de classificados após recurso                                                                                                                                  | Site da SES/SC e da ESPSC:<br><a href="https://esp.saude.sc.gov.br/index.php/cursos/fepaps">https://esp.saude.sc.gov.br/index.php/cursos/fepaps</a><br><a href="https://www.saude.sc.gov.br/index.php/pt/servicos/concursos-e-selecoes/editais-pos-graduacao-e-latu-sensu">https://www.saude.sc.gov.br/index.php/pt/servicos/concursos-e-selecoes/editais-pos-graduacao-e-latu-sensu</a> |
| 02/02/2026<br>das 9h às 10h<br>segunda | Avaliação fenotípica realizada pela banca de heteroidentificação para os candidatos inscritos nas ações afirmativas, que se autodeclararam negros (pretos e pardos) e PCD | Escola de Saúde Pública de Santa Catarina (ESPSC) Rua: Tulipas, nº. 236; Bairro: Bela Vista III - CEP: 88110-813.                                                                                                                                                                                                                                                                        |



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

|                                |                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|--------------------------------|---------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>02/02/2026</b>              | Divulgação do resultado da avaliação fenotípica               | Site da SES/SC e da ESPSC:<br><a href="https://esp.saude.sc.gov.br/index.php/cursos/fepaps">https://esp.saude.sc.gov.br/index.php/cursos/fepaps</a><br><br><a href="https://www.saude.sc.gov.br/index.php/pt/servicos/concursos-e-selecoes/editais-pos-graduacao-e-latu-sensu">https://www.saude.sc.gov.br/index.php/pt/servicos/concursos-e-selecoes/editais-pos-graduacao-e-latu-sensu</a> |
| <b>03/02/2026 à 04/02/2026</b> | Recurso quanto a avaliação fenotípica                         | <a href="mailto:espsec_posgraduacao@saude.sc.gov.br">espsec_posgraduacao@saude.sc.gov.br</a>                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>05/02/2026</b>              | Divulgação da classificação final e convocação para matrícula | Site da SES/SC e da ESPSC:<br><a href="https://esp.saude.sc.gov.br/index.php/cursos/fepaps">https://esp.saude.sc.gov.br/index.php/cursos/fepaps</a><br><br><a href="https://www.saude.sc.gov.br/index.php/pt/servicos/concursos-e-selecoes/editais-pos-graduacao-e-latu-sensu">https://www.saude.sc.gov.br/index.php/pt/servicos/concursos-e-selecoes/editais-pos-graduacao-e-latu-sensu</a> |
| <b>MATRÍCULA</b>               |                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>06/02/2026</b>              | Escolha de alocação nos municípios conforme classificação     | Sala Virtual: <a href="https://conferenciaweb.rnp.br/rute/espsec-1">https://conferenciaweb.rnp.br/rute/espsec-1</a> (às 10h)                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>09/02/2026 à 20/02/2026</b> | Envio de documentos pré-matrícula                             | Através do e-mail:<br><a href="mailto:espsec_secretaria@saude.sc.gov.br">espsec_secretaria@saude.sc.gov.br</a>                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>23/02/2026 à 27/02/2026</b> | Realização da matrícula presencial com documentos originais   | Escola de Saúde Pública de Santa Catarina (ESPSC) Rua: Tulipas, nº. 236 Bairro: Bela Vista III São José CEP: 88110-813<br>Secretaria acadêmica - 1º andar<br>Horário: das 13h às 18h                                                                                                                                                                                                         |
| <b>28/02/2026</b>              | Início das atividades                                         | Sala Virtual: <a href="https://conferenciaweb.rnp.br/rute/espsec-1">https://conferenciaweb.rnp.br/rute/espsec-1</a> (às 10h)                                                                                                                                                                                                                                                                 |



## MODELO DE RECURSO – ETAPA ÚNICA

( ) Erro na nota de avaliação  
( ) Ordem de Classificação do Candidato

( ) Avaliação dos documentos enviados – PCD  
( ) Avaliação dos documentos enviados – povos originários (indígenas)  
( ) Avaliação fenotípica presencial – negros (pretos e pardos)

Curso: \_\_\_\_\_

[illegible]

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



## ANEXO IV

### DOCUMENTOS PARA INSCRIÇÃO E MATRÍCULA

| DOCUMENTAÇÃO |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|--------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1            | Ficha de inscrição preenchida e assinada (ANEXO VI)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| 2            | Ficha cadastral preenchida e assinada (ANEXO XI)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| 3            | Ficha funcional preenchida e assinada (ANEXO XII)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| 4            | Termo de Compromisso FEPAPS preenchido e assinado (ANEXO XIII)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| 5            | Documento comprobatório de Especialidade em Medicina de Família e Comunidade                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| 6            | Documento comprobatório de curso de preceptoria (opcional - pontua para classificação)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| 7            | Documento Oficial com foto e naturalidade                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| 8            | Cadastro de Pessoa Física (CPF)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| 9            | Inscrição no CRM (primária ou secundária) junto ao CREMESC, conforme estabelecido nos itens deste Edital (Dos Requisitos Básicos Exigidos)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| 10           | Histórico escolar                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| 11           | Certificado de escolaridade (Diploma médico)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| 12           | Título de Eleitor                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| 13           | Certidão de quitação eleitoral atualizada:<br><a href="https://www.tse.jus.br/servicos-eleitorais/certidoes/certidao-de-quitacao-eleitoral">https://www.tse.jus.br/servicos-eleitorais/certidoes/certidao-de-quitacao-eleitoral</a>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| 14           | Certidão de casamento e de nascimento dos filhos (caso houver)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| 15           | Certificado de reservista (se do sexo masculino)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| 16           | Comprovante de residência atualizado                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| 17           | Comprovante de vacinação atualizado                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| 18           | Número da Carteira de Trabalho, página indicando o ano do primeiro emprego e página da qualificação civil                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| 19           | Cartão do Programa de Integração Social (PIS) / Programa de Formação do Patrimônio do Servidor Público (PASEP).<br>O número PIS pode ser visualizado no site da Caixa Econômica Federal – CEF, no link <a href="http://www.caixa.gov.br">www.caixa.gov.br</a> ou na primeira página da Carteira de Trabalho ou solicitado presencialmente no banco CEF). O candidato que não conseguir o número do PIS após seguidas as orientações acima deverão, obrigatoriamente, apresentar uma declaração de que não possui o número do PIS e deverá apresentar o número do NIT - obtê-lo junto ao INSS, ligando para o número 135 ou no site: <a href="https://www.inss.gov.br/servicos-do-inss/inscricao-na-previdencia-social/">https://www.inss.gov.br/servicos-do-inss/inscricao-na-previdencia-social/</a> ). |
| 20           | Número de identificação do Trabalhador (NIT)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| 21           | Último contracheque (no caso de já ser servidor da SES)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| 22           | Documento do Banco do Brasil mostrando número de conta corrente individual do Banco do Brasil (contrato, Cartão ou Print da tela do aplicativo);                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| 23           | Atestado Médico de Aptidão Física e Mental <b>assinado por Médico do Trabalho</b> , com validade de no máximo 60 dias úteis                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |



|                                                       |                                                                                                                                                                              |
|-------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 24                                                    | Autodeclaração sobre a condição de concorrência às vagas de ações afirmativas.                                                                                               |
| 25                                                    | Autorização para a divulgação de dados pessoais (LGPD) conforme item 3.5 (Anexo XV)                                                                                          |
| <b>DOCUMENTAÇÃO ADICIONAL PARA MÉDICO ESTRANGEIRO</b> |                                                                                                                                                                              |
| 25                                                    | Ter reconhecimento do diploma por universidade pública brasileira conforme Resolução CFM nº 1831/2008 e 1832/2008                                                            |
| 26                                                    | Estar registrados no CREMESC, bem como estar inteiramente regular com as demais exigências legais do órgão fiscalizador do exercício profissional                            |
| 27                                                    | Visto permanente ou documento que preencha os requisitos dos acordos internacionais firmados com o Brasil                                                                    |
| 28                                                    | Diploma revalidado por universidade pública brasileira e exame de proficiência da língua portuguesa de acordo com o estabelecido nas Resoluções CFM nº 1831/2008 e 1832/2008 |



## ANEXO V

### MODELO DE TERMO DE DESISTÊNCIA DA VAGA

Eu, \_\_\_\_\_,  
Nacionalidade \_\_\_\_\_, Estado Civil \_\_\_\_\_, RG nº \_\_\_\_\_ no  
CPF nº \_\_\_\_\_, candidato (a) aprovado (a) no PROCESSO  
SELETIVO PARA MÉDICO EM CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO - EDITAL Nº  
ESP\_/20\_\_\_\_, classificado (a) para desenvolver carga horária docente assistencial  
no município \_\_\_\_\_; venho através deste termo,  
**DECLARAR A MINHA DESISTÊNCIA DA VAGA** por minha decisão voluntária  
referente ao Programa de Fomento à Especialização Profissional em Atenção  
Primária à Saúde de Santa Catarina para o qual fui aprovado(a) e autorizo minha  
substituição por outro candidato.

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

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do candidato desistente



## ANEXO VI

### FICHA DE INSCRIÇÃO

Processo Seletivo para 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).

|                                                                                                                                                                                  |              |              |      |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|--------------|------|
| Nome Completo:                                                                                                                                                                   |              |              |      |
| Formação:                                                                                                                                                                        |              |              |      |
| CPF:                                                                                                                                                                             |              | R.G.:        |      |
| Endereço para correspondência:                                                                                                                                                   |              |              |      |
| Bairro:                                                                                                                                                                          | Cidade:      | Estado:      | CEP: |
| Telefones: Cel.: (    )                                                                                                                                                          | Res.: (    ) | Com.: (    ) |      |
| E-mail:                                                                                                                                                                          |              |              |      |
| Para adesão para concorrer a uma das vagas reservadas para ações afirmativas, assinale com um "X", o grupo beneficiário requerido:                                               |              |              |      |
| <input type="checkbox"/> Pessoas negras (pretos e pardos);<br><input type="checkbox"/> Pessoas com deficiência (PCD);<br><input type="checkbox"/> Povos originários (indígenas). |              |              |      |

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

---

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 VII – 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:**

[espsc\\_secretaria@saude.sc.gov.br](mailto:espsc_secretaria@saude.sc.gov.br)

### **E-mail para envio de Recurso:**

[espsc\\_posgraduacao@saude.sc.gov.br](mailto:espsc_posgraduacao@saude.sc.gov.br)

### **E-mail para envio de Termo de Desistência:**

[espsc\\_posgraduacao@saude.sc.gov.br](mailto:espsc_posgraduacao@saude.sc.gov.br)

[espsc\\_secretaria@saude.sc.gov.br](mailto:espsc_secretaria@saude.sc.gov.br)

### **Dúvidas quanto a Inscrição ao Processo Seletivo:**

[espsc\\_posgraduacao@saude.sc.gov.br](mailto:espsc_posgraduacao@saude.sc.gov.br)

### **Dúvidas quanto a Pré-matrícula e Matrícula:**

[espsc\\_secretaria@saude.sc.gov.br](mailto:espsc_secretaria@saude.sc.gov.br)



## ANEXO VIII – 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  
☐ Pardo

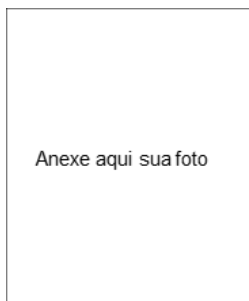
Declaro ainda que os seguintes motivos justificam minha autodeclaração étnico-racial:

(\*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.

Cidade \_\_\_\_\_, dia \_\_\_\_\_, mês \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.



Anexe aqui sua foto

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Candidato



## ANEXO IX – 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.

Cidade \_\_\_\_\_, dia \_\_\_\_\_, mês \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_.

---

Assinatura do Candidato



## ANEXO X – 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 apresentados 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.

Local \_\_\_\_\_, dia \_\_, mês \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_.

---

Assinatura do Candidato



## ANEXO XI - FICHA CADASTRAL

|                                                                                                                                                                                                                                       |      |                                                                                 |                                                                                                                                                                                                      |                                                                              |                          |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|---------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|
| DESCRIÇÃO DO ÓRGÃO/ENTIDADE<br><b>SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE - SES</b>                                                                                                                                                             |      |                                                                                 |                                                                                                                                                                                                      |                                                                              |                          |
| <b>INFORMAÇÕES PRINCIPAIS</b>                                                                                                                                                                                                         |      |                                                                                 |                                                                                                                                                                                                      |                                                                              |                          |
| CPF                                                                                                                                                                                                                                   |      | DATA DE NASCIMENTO<br>/ /                                                       |                                                                                                                                                                                                      | SEXO<br><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<br><b>BRASILEIRO</b>                                                                                                                                                                                                    |      | UF                                                                              |                                                                                                                                                                                                      | MUNICÍPIO DE NASCIMENTO                                                      |                          |
| ESTADO CIVIL<br><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<br><input type="checkbox"/> AMARELA <input type="checkbox"/> BRANCA <input type="checkbox"/> INDÍGENA <input type="checkbox"/> NEGRA <input type="checkbox"/> PARDA                                                              |      |                                                                                 |                                                                                                                                                                                                      |                                                                              |                          |
| TIPO SANGÜÍNEO<br><input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> AB <input type="checkbox"/> O                                                                                                        |      | FATOR RH<br><input type="checkbox"/> POSITIVO <input type="checkbox"/> NEGATIVO |                                                                                                                                                                                                      |                                                                              |                          |
| DATA DA NATURALIZAÇÃO<br>/ /                                                                                                                                                                                                          |      | E-MAIL                                                                          |                                                                                                                                                                                                      |                                                                              |                          |
| <b>REGISTRO GERAL (CARTEIRA DE IDENTIDADE)</b>                                                                                                                                                                                        |      |                                                                                 |                                                                                                                                                                                                      |                                                                              |                          |
| NÚMERO                                                                                                                                                                                                                                |      | ÓRGÃO EMISSOR                                                                   |                                                                                                                                                                                                      | UF                                                                           | DATA DE EXPEDIÇÃO<br>/ / |
| <b>DADOS DE IMIGRAÇÃO</b>                                                                                                                                                                                                             |      |                                                                                 |                                                                                                                                                                                                      |                                                                              |                          |
| PAÍS DE ORIGEM                                                                                                                                                                                                                        |      | DATA DE ENTRADA NO BRASIL<br>/ /                                                |                                                                                                                                                                                                      | DATA LIMITE DE PERMANÊNCIA<br>/ /                                            |                          |
| <b>NECESSIDADE ESPECIAL</b>                                                                                                                                                                                                           |      |                                                                                 |                                                                                                                                                                                                      |                                                                              |                          |
| TIPO DE NECESSIDADE<br><input type="checkbox"/> ESPECIAL<br><input type="checkbox"/> ESPECIAL PERMANENTE<br><input type="checkbox"/> INCAPACIDADE                                                                                     |      |                                                                                 | TIPO DE DEFICIÊNCIA<br><input type="checkbox"/> AUDITIVO<br><input type="checkbox"/> FÍSICA<br><input type="checkbox"/> MENTAL<br><input type="checkbox"/> VISUAL<br><input type="checkbox"/> OUTRAS |                                                                              |                          |
| <b>TÍTULO ELEITORAL</b>                                                                                                                                                                                                               |      |                                                                                 |                                                                                                                                                                                                      |                                                                              |                          |
| NÚMERO                                                                                                                                                                                                                                | ZONA | SEÇÃO                                                                           | DATA DE EMISSÃO<br>/ /                                                                                                                                                                               | 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<br><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 DE EMISSÃO<br>/ / | UF    |  |

**ENDEREÇO**

|                                                                                                                                                                                                                        |                         |                      |                                                                                                      |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|----------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| DATA DE INÍCIO NO ATUAL ENDEREÇO                                                                                                                                                                                       | CEP                     | TIPO DE LOGRADOURO   |                                                                                                      |
| LOGRADOURO                                                                                                                                                                                                             | NÚMERO                  | COMPLEMENTO          |                                                                                                      |
| ESTADO                                                                                                                                                                                                                 | MUNICÍPIO               | BAIRRO               |                                                                                                      |
| TIPO DE HABITAÇÃO<br><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<br>/ / |
| NÚMERO | SÉRIE | UF | DATA DE EMISSÃO<br>/ / |

**PIS/PASEP CONTRIBUIÇÃO SINDICAL**

|        |                              |     |
|--------|------------------------------|-----|
| NÚMERO | DATA DE CADASTRAMENTO<br>/ / | SIM |
|--------|------------------------------|-----|

**CARTEIRA DE HABILITAÇÃO**

|        |           |    |                            |                      |
|--------|-----------|----|----------------------------|----------------------|
| NÚMERO | CATEGORIA | UF | DATA 1ª HABILITAÇÃO<br>/ / | DATA VALIDADE<br>/ / |
|--------|-----------|----|----------------------------|----------------------|

**CARTEIRA DE IDENTIDADE PROFISSIONAL**

|        |                        |                      |                    |               |    |
|--------|------------------------|----------------------|--------------------|---------------|----|
| NÚMERO | DATA DE EMISSÃO<br>/ / | DATA VALIDADE<br>/ / | REGIÃO DO CONSELHO | ÓRGÃO EMISSOR | UF |
| NÚMERO | DATA DE EMISSÃO<br>/ / | DATA VALIDADE<br>/ / | REGIÃO DO CONSELHO | ÓRGÃO EMISSOR | UF |

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

|  |
|--|
|  |
|--|

**PÓS-GRADUANDO**

|             |            |
|-------------|------------|
| DATA<br>/ / | ASSINATURA |
|-------------|------------|

**SECRETARIA ACADÊMICA ESPSC**

|             |            |
|-------------|------------|
| DATA<br>/ / | ASSINATURA |
|-------------|------------|



## ANEXO XII - FICHA FUNCIONAL

|                                                                           |                                 |                                                                                                                                                                  |                                                      |
|---------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|
| DESCRIÇÃO DO ÓRGÃO/ENTIDADE<br><b>SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE - SES</b> |                                 |                                                                                                                                                                  |                                                      |
| <b>EDITAL</b>                                                             |                                 |                                                                                                                                                                  |                                                      |
| NÚMERO ESPSC/POS ____/2025                                                |                                 | ANO 202X                                                                                                                                                         |                                                      |
| <b>INFORMAÇÕES DO VÍNCULO</b>                                             |                                 |                                                                                                                                                                  |                                                      |
| CPF                                                                       | MATRÍCULA<br>(PREENCHIMENTO RH) | DV                                                                                                                                                               | VÍNCULO<br><b>SES</b>                                |
| NOME                                                                      |                                 |                                                                                                                                                                  |                                                      |
| DATA INÍCIO EXERCÍCIO                                                     | DATA FIM EXERCÍCIO              | OPÇÕES DE CONTRATO<br><input checked="" type="checkbox"/> NOVO VÍNCULO PARA NOVO CONTRATO<br><input type="checkbox"/> NOVO CONTRATO PARA UM VÍNCULO JÁ ENCERRADO |                                                      |
| <b>INFORMAÇÕES DA RELAÇÃO DE VÍNCULO/CONTRATO</b>                         |                                 |                                                                                                                                                                  |                                                      |
| DESCRIÇÃO DA FUNÇÃO/ COMPETÊNCIA PÓS-GRADUANDO                            |                                 |                                                                                                                                                                  |                                                      |
| DESCRIÇÃO DA ESPECIALIDADE<br>MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE            |                                 |                                                                                                                                                                  |                                                      |
| NÍVEL<br>Não se aplica                                                    | REFERÊNCIA<br>Não se aplica     | RELAÇÃO DE TRABALHO<br>Não se aplica                                                                                                                             | REGIME DE TRABALHO<br><b>ADMINISTRATIVO ESPECIAL</b> |
| NATUREZA DO VÍNCULO<br><b>TEMPORÁRIO</b>                                  |                                 | REGIME PREVIDENCIÁRIO<br><b>REGIME GERAL – CONTRIBUINTE INDIVIDUAL</b>                                                                                           |                                                      |
| MUNICÍPIO<br>A definir                                                    |                                 |                                                                                                                                                                  |                                                      |
| UNIDADE<br>A definir                                                      |                                 |                                                                                                                                                                  |                                                      |
| CARGA HORÁRIA<br>40 Horas                                                 |                                 |                                                                                                                                                                  |                                                      |
| <b>DADOS DE CRÉDITO</b>                                                   |                                 |                                                                                                                                                                  |                                                      |
| BANCO<br>BANCO DO BRASIL (obrigatoriedade)                                | AGÊNCIA                         | NÚMERO DA CONTA                                                                                                                                                  | TIPO DE CONTA<br><b>CONTA CORRENTE</b>               |
| <b>PÓS-GRADUANDO</b>                                                      |                                 |                                                                                                                                                                  |                                                      |
| DATA<br>/ /                                                               | ASSINATURA                      |                                                                                                                                                                  |                                                      |
| <b>SECRETARIA ACADÊMICA ESPSC</b>                                         |                                 |                                                                                                                                                                  |                                                      |
| DATA<br>/ /                                                               | ASSINATURA                      |                                                                                                                                                                  |                                                      |



### ANEXO XIII - TERMO DE COMPROMISSO FEPAPS

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 Preceptoria de Medicina de Família e Comunidade, o desenvolvimento da função de preceptoria é uma exigência para o recebimento de bolsa.
  - 5.1 O afastamento das atividades da preceptoria 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 preceptoria após os primeiros seis meses do curso, será mantido o pagamento de bolsa para pós-graduandos, desde que sejam realizadas atividades de preceptoria remotas tais como: apoio a distância a residentes com dificuldades pontuais de preceptoria local, cenário de prática para estágios optativos ou cobertura de férias, apoio às atividades de coordenação do programa (liderança Balint, aperfeiçoamento do Ambiente Virtual de Aprendizagem (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 preceptoria 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.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.

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



## 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 ESPSC/PÓS 25/2024.

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

\_\_\_\_\_

(Assinatura)



## 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](mailto:espsc_posgraduacao@saude.sc.gov.br) com cópia para [espsc\\_secretaria@saude.sc.gov.br](mailto: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 estou de acordo com as condições aqui estabelecidas.

Local e Data: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Assinatura do Candidato: \_\_\_\_\_



## Assinaturas do documento



Código para verificação: **QY72Z44N**

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



**DIOGO DEMARCHI SILVA** (CPF: 010.XXX.009-XX) em 07/01/2026 às 10:14:04

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/U0VTXzcwNTIfMDAzMDQyMzhfMzA2OTk1XzlwMjVfUVk3Mlo0NE4=> ou o site <https://portal.sgpe.sea.sc.gov.br/portal-externo> e informe o processo **SES 00304238/2025** e o código **QY72Z44N** ou aponte a câmera para o QR Code presente nesta página para realizar a conferência.