

# RESIDÊNCIA EM ÁREA PROFISSIONAL DA SAÚDE

UNIPROFISSIONAL E MULTIPROFISSIONAL  
PROCESSO SELETIVO - EDITAL 8/2026/SES





## SUMÁRIO

|                                                                                                          |    |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| 1. DAS DISPOSIÇÕES PRELIMINARES .....                                                                    | 4  |
| 2. DAS VAGAS OFERTADAS .....                                                                             | 6  |
| 3. DAS INSCRIÇÕES .....                                                                                  | 9  |
| 4. DA CONFIRMAÇÃO DAS INSCRIÇÕES .....                                                                   | 10 |
| 5. DO ATENDIMENTO ESPECIAL PARA O DIA DE REALIZAÇÃO DA PROVA .....                                       | 10 |
| 6. DAS AÇÕES AFIRMATIVAS E DA BANCA DE HETEROIDENTIFICAÇÃO E VERIFICAÇÃO DOCUMENTAL .....                | 12 |
| 7. DA ETAPA ÚNICA DO PROCESSO SELETIVO.....                                                              | 14 |
| 8. DOS RECURSOS.....                                                                                     | 15 |
| 9. DA CLASSIFICAÇÃO E RESULTADO FINAL.....                                                               | 18 |
| 10. DA MATRÍCULA.....                                                                                    | 18 |
| 11. DA HOMOLOGAÇÃO E VALIDADE DO PROCESSO SELETIVO.....                                                  | 20 |
| 12. DAS DISPOSIÇÕES FINAIS .....                                                                         | 20 |
| <br>ANEXO I – QUADRO DE VAGAS CREDENCIADAS NAS UNIDADES DA SES/SC .....                                  | 22 |
| ANEXO II – CRONOGRAMA.....                                                                               | 27 |
| ANEXO III – ENDEREÇOS E CONTATOS DAS UNIDADES .....                                                      | 27 |
| ANEXO IV – FICHA DE INSCRIÇÃO .....                                                                      | 30 |
| ANEXO V – MODELO DE RECURSO .....                                                                        | 32 |
| ANEXO VI – DOCUMENTOS PARA A MATRÍCULA .....                                                             | 33 |
| ANEXO VII – MODELO DE TERMO DE DESISTÊNCIA.....                                                          | 35 |
| ANEXO VIII – DADOS CADASTRAIS E FUNCIONAIS.....                                                          | 36 |
| ANEXO IX – MODELO DE AUTODECLARAÇÃO PARA CANDIDATOS DAS AÇÕES AFIRMATIVAS: NEGROS (PRETOS E PARDOS)..... | 39 |



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

|                                                                                                                |    |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| ANEXO X – MODELO DE AUTODECLARAÇÃO PARA CANDIDATOS DAS AÇÕES AFIRMATIVAS: PcDs .....                           | 40 |
| ANEXO XI – MODELO DE AUTODECLARAÇÃO PARA CANDIDATOS DAS AÇÕES AFIRMATIVAS: POVOS ORIGINÁRIOS (INDÍGENAS) ..... | 41 |
| ANEXO XII – AUTORIZAÇÃO DO USO DE IMAGEM .....                                                                 | 42 |
| ANEXO XIII – SOLICITAÇÃO DE CONDIÇÃO ESPECIAL PARA A REALIZAÇÃO DA PROVA TEÓRICO-OBJETIVA .....                | 43 |
| ANEXO XIV – REQUERIMENTO DE INCENTIVO-PERMANÊNCIA .....                                                        | 43 |



A SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SANTA CATARINA - SES/SC torna pública a abertura de inscrições e estabelece normas relativas ao **Processo Seletivo Simplificado para Programas de Residência em Área Profissional da Saúde** – modalidades uniprofissional e multiprofissional (PRAPS), com ingresso para o ano 2026, conforme quadro de vagas no anexo I, observadas as disposições estabelecidas nos diplomas legais vigentes, bem como nas regras e condições contidas neste edital.

## 1. DAS DISPOSIÇÕES PRELIMINARES

1.1 Os Programas de Residência em Área Profissional da Saúde – modalidades uniprofissional e multiprofissional (PRAPS) são cursos de pós-graduação lato sensu, regulamentados pelo art. 13 da Lei nº 11.129/05, de 30 de junho de 2005, pela Portaria Interministerial MEC/MS nº 07 de 16 de setembro de 2021 e pelas demais resoluções emanadas pela Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS), caracterizados por educação em serviço, estruturados em regime de dedicação exclusiva, com carga horária de 60 (sessenta) horas semanais, com 1 (uma) folga semanal, totalizando 5.760 (cinco mil setecentas e sessenta) horas para os programas com duração de 2 (dois) anos e 8.640 (oito mil seiscentos e quarenta) horas para os programas com duração de 3 (três) anos, sob a orientação de profissionais qualificados.

1.2 Este processo seletivo destina-se à seleção de candidatos para ocupação de vagas nos Programas de Residência em Área Profissional da Saúde (PRAPS) – modalidades uniprofissional e multiprofissional da Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina (SES/SC), distribuídas nas unidades da SES/SC.

1.2.1 As vagas credenciadas dos PRAPS da SES/SC constam no anexo I, todas com bolsas garantidas.

1.3 O candidato aprovado poderá solicitar reserva de vaga, para prestação de serviço militar obrigatório ou voluntário nas Forças Armadas (Exército, Marinha ou Aeronáutica), com trancamento pelo período de 12 (doze) meses, conforme determinado na Resolução CNRMS nº 3, de 17 de fevereiro de 2011.

1.4 O processo seletivo para PRAPS acontecerá em etapa única:

1.4.1 A etapa única, **de caráter classificatório e eliminatório**, será constituída de prova teórico-objetiva.



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

1.4.1.1 Será eliminado do processo seletivo o candidato que não comparecer na prova teórico-objetiva ou não atingir 50% (cinquenta por cento) de acertos.

1.4.2 A prova teórico-objetiva será realizada sob a responsabilidade de cada Comissão de Residência Multiprofissional (COREMU) da unidade na qual o candidato estiver concorrendo, nos termos deste edital.

1.5 A etapa única deste processo seletivo (prova teórico-objetiva) terá peso de 100%.

1.6 A prova teórico-objetiva será realizada na própria unidade para a qual o candidato estiver concorrendo, cujo cronograma e endereço constam nos anexos deste edital.

1.7 A inscrição no presente processo seletivo implica no conhecimento tácito e aceitação das normas e condições estabelecidas no edital e seus anexos.

1.8 Os candidatos têm ciência que, por se tratar de um processo seletivo público, os dados pessoais, sensíveis ou não, serão 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).

1.9 O valor da bolsa a ser recebida pelo residente é de R\$ R\$ 4.106,09 (quatro mil, cento e seis reais e nove centavos) de acordo com a Portaria Interministerial nº 9, de 13 de outubro de 2021.

1.9.1 Ao valor da bolsa, poderá ser acrescido um percentual de 10%, o que equivale a R\$ 410,60 (quatrocentos e dez reais e sessenta centavos) a título de incentivo-permanência.

1.9.2 O residente somente terá direito ao incentivo-permanência nos casos de inexistência de oferta de moradia ou de auxílio-moradia.

1.9.3 Para o recebimento do incentivo-permanência, o residente deverá requerer a concessão de pagamento, que será depositado na conta bancária informada por esse.

1.10 O preenchimento das vagas será feito rigorosamente de acordo com a ordem de classificação e o número de vagas oferecidas, já credenciadas junto à Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS) e com bolsa garantida.



1.10.1 Serão efetuadas convocações até o preenchimento das vagas, conforme prevê a Resolução CNRMS Nº 3, de 16 de abril de 2012 ou conforme novo prazo final estabelecido pela CNRMS.

1.11 É de inteira responsabilidade do candidato a informação correta pertinente ao seu endereço eletrônico (e-mail), o acompanhamento de divulgações oficiais relacionadas a este certame, bem como as informações previstas neste edital.

## 2. DAS VAGAS OFERTADAS

2.1 Serão ofertadas 13 (treze) vagas em 7 (sete) unidades da SES/SC, cuja distribuição encontra-se no anexo I.

2.1.1 Para o Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade, as vagas são ofertadas na ESPSC e os cenários de prática são os municípios conveniados à SES/SC, conforme anexo I-A deste edital.

2.1.1.1 As escolhas de vagas para alocação referente ao Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade acontecerá no momento da matrícula dentre as vagas disponíveis no momento.

2.2 Do total de vagas disponíveis serão reservadas 20% (vinte por cento) no âmbito das ações afirmativas (cotas) e 80% (oitenta por cento) serão de ampla concorrência.

2.3 Os grupos beneficiários atendidos na modalidade cotas 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).

2.4 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).

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

2.4.2 Quando o número de vagas reservadas por força da incidência dos percentuais previstos resultar em fração, aplica-se a seguinte regra:



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

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.

2.4.3 Se por conta do total de vagas ofertadas no âmbito das ações afirmativas, utilizando-se o critério percentual por tipo de cota, o número resultar em fração inferior a 0,5 (cinco décimos) em cada uma das cotas, mas, no conjunto das 3 modalidades de cotas for superior a 0,5 (cinco décimos), a única vaga a ser reservada será destinada a pretos e pardos.

2.4.4 Se por conta do total de vagas ofertadas de maneira fracionada (10% para pretos e pardos, 7% para PcDs e 3% para povos originários) e aplicando-se a regra do item 2.4.2, o número de vagas fracionadas for superior ao aplicado de maneira global, utilizando-se os 20%, prevalecerá o maior número de vagas reservadas.

2.5 As pessoas que se inscreverem na modalidade ampla concorrência concorrem exclusivamente às vagas de ampla concorrência, salvo o estabelecido no item 2.4.1.

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

2.6.1 Se o candidato inscrito na modalidade cotas, 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 das cotas, será chamado o candidato cotista subsequente classificado.

2.7 A adesão para concorrer a uma das vagas reservadas para as cotas para ações afirmativas dar-se-á de forma voluntária e a autodeclaração e, consequentemente, a opção pela reserva de vagas, deverão ser encaminhadas no ato da inscrição, por meio da qual o candidato deverá indicar os grupos beneficiários atendidos pelas cotas nos quais deseja concorrer.

2.8 Candidatos inscritos em determinado grupo de cotas não poderão, em hipótese alguma, alterar sua inscrição para outro grupo de cotas em nenhuma etapa do processo seletivo.

2.9 Os candidatos aprovados e classificados na modalidade cotas 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, conforme cronograma do anexo II.

2.10 Para os candidatos inscritos na modalidade cotas, também deverão ser anexados os seguintes documentos:

I - Para candidatos negros (pretos e pardos), deverá ser anexada a autodeclaração com foto, exclusivamente conforme modelo disponível no anexo IX. O candidato inscrito nessa modalidade de



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

cota passará posteriormente por procedimento de heteroidentificação, com critérios a serem avaliados descritos na própria autodeclaração, que antecederá a chamada para a matrícula. Os candidatos deverão possuir aspectos fenotípicos que os caracterizem 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 anexo X 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 de 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 suas alterações, aquelas que se enquadrem no Decreto Estadual nº 798, de 13 de dezembro de 2024 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 anexo XI e documento assinado por autoridades/lideranças de seu respectivo povo ou associações indígenas ou a cópia de seu Registro Administrativo de Nascimento Indígena (RANI).

2.11 As vagas ofertadas por meio de ações afirmativas são definidas por meio de sorteio e estão discriminadas no anexo I.

2.11.1 As vagas reservadas para as ações afirmativas serão estabelecidas de acordo com os critérios abaixo:

- I - Área profissional de programas que ofertam entre 1 e 2 vagas: será destinada no máximo 1 vaga
- II - Área profissional de programas que ofertam entre 3 e 6 vagas: serão destinadas no máximo 2 vagas

2.12 Para identificação das vagas a serem ofertadas nas ações afirmativas será utilizado a seguinte metodologia:

- I - Numeração e identificação das vagas a serem sorteadas;
- II - Sorteio de 2 (duas) vagas a serem reservadas para as cotas referentes as ações afirmativas na seguinte ordem:



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

- a) a primeira vaga sorteada será reservada aos candidatos negros (pretos e pardos);
- b) a segunda vaga sorteada será reservada para candidatos PcDs;
- c) não haverá vaga sorteada para povos originários (indígenas) neste processo seletivo por não atingir os critérios numéricos estabelecidos no edital.

2.12.1 O sorteio das vagas será realizado no dia 27 de fevereiro de 2026 no site sorteador <https://app-sorteos.com/pt/apps/gerador-numeros-aleatorios> e ficará disponível no canal do *Youtube* da ESPSC (<https://www.youtube.com/@escoladesaudepublicadesant7187>).

2.13 As vagas serão preenchidas, em ordem decrescente de pontuação final, distribuídas de acordo com o número de vagas definidas para cada modalidade, conforme expresso no anexo I deste edital.

2.14 O edital dispensa o reconhecimento de firma e de autenticação em documentos produzidos no país, conforme Lei nº 13.460, de 26 de junho de 2017.

### 3. DAS INSCRIÇÕES

3.1 As inscrições para este processo seletivo serão gratuitas e estarão abertas no período descrito no cronograma constante do anexo II.

3.2. As inscrições deverão ser realizadas da seguinte maneira:

Acessar o setor de Protocolo Digital por meio do endereço eletrônico <https://www.sc.gov.br/servicos/protocolo-digital> e proceder com as seguintes informações:

- Órgão de destino: SES – Secretaria de Estado da Saúde
- Setor Destino: SES/PROTSES
- Assunto: Residência em Área Profissional da Saúde – Edital nº 8/2026/SES
- Detalhamento do assunto: Inscrição Processo Seletivo.

3.3. No ato da inscrição, o candidato deverá anexar os seguintes documentos em formato PDF:

3.3.1 Ficha de inscrição preenchida, modelo anexo IV (todas as folhas da filha).

3.3.2 Documento oficial (RG, CNH, passaporte) com foto que comprove data de nascimento (frente e verso).

3.3.3 Diploma de graduação da área em que concorre a este processo seletivo ou certificado de conclusão de curso (frente e verso).



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

3.3.3.1 O candidato com conclusão do curso de graduação no segundo semestre de 2025, caso o certificado ou diploma ainda não estejam prontos, deverá anexar declaração de conclusão de curso emitida pela universidade com data de colação de grau até 28 de fevereiro de 2026.

3.3.4 Para os candidatos inscritos na modalidade cotas, também deverão ser anexados os documentos descritos no item 2.10 deste edital.

3.4 Documentos comprobatórios em arquivos ilegíveis e em formato diferente do exigido não serão analisados.

#### **4. DA CONFIRMAÇÃO DAS INSCRIÇÕES**

4.1 A relação de candidatos inscritos e homologados será publicada no endereço eletrônico [www.saude.sc.gov.br](http://www.saude.sc.gov.br) conforme cronograma do anexo II.

#### **5. DO ATENDIMENTO ESPECIAL PARA O DIA DE REALIZAÇÃO DA PROVA**

5.1 Caso o candidato necessite de atendimento especial para a realização da prova teórico-objetiva, deverá formalizar o pedido através do formulário de solicitação de condição especial (anexo XIII), selecionando a(s) opção(ões) desejada(s), e encaminhar documentos comprobatórios que justifiquem a necessidade juntamente com a inscrição a este processo seletivo.

5.2 A solicitação de condições especiais não caracteriza o candidato como pessoa com deficiência (PcD) e será condicionada à legislação específica e à viabilidade técnica e operacional da Secretaria de Estado da Saúde/unidades hospitalares da SES, além de critérios de razoabilidade.

5.3 São procedimentos especiais atendidos para o dia de prova, desde que solicitados e justificados por documentos comprobatórios:

5.3.1 Necessidades físicas:

I) Apoio para perna: Ao candidato que necessitar ficar com a perna suspensa será concedido apoio para a perna.

II) Auxílio preenchimento da grade de respostas da prova teórico-objetiva: Ao candidato com motricidade comprometida é oferecido auxílio para preenchimento da grade de resposta da prova teórico-objetiva, cujo processo será executado por um fiscal designado pela COREMU da unidade onde o candidato estiver concorrendo.

III) Mesa e cadeira especial: Ao candidato cadeirante, obeso ou outro motivo que necessite de mesa e cadeira de tamanho maior ao tradicional é oferecida estrutura para realização da prova.



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

IV) Uso de almofada: O candidato que necessitar fazer uso de almofada durante a realização da prova deverá levar a de sua preferência, que será inspecionada antes do início do processo.

#### 5.3.2 Necessidades visuais:

I) Auxílio preenchimento da grade de respostas da prova teórico-objetiva: Ao candidato com deficiência visual (cegueira ou baixa visão) é oferecido auxílio para preenchimento da grade de resposta da prova teórico-objetiva, cujo processo será executado por um fiscal designado pela COREMU da unidade onde o candidato estiver concorrendo.

II) Ledor: Ao candidato com baixa ou nenhuma visão é oferecido suporte por um fiscal para a leitura da prova em sala reservada.

III) Uso de reglete ou lupa manual: O candidato que necessitar fazer uso de reglete ou lupa manual durante a realização da prova deverá levar a de sua preferência, que será inspecionada antes do início do processo.

#### 5.3.3 Necessidades auditivas:

I) Leitura labial: Para o candidato que necessitar de comunicação pela leitura dos lábios será solicitado ao fiscal de sala que as instruções/orientações sejam dadas pausadamente e de frente para o candidato.

II) Prótese auditiva: O candidato que utiliza prótese auditiva somente poderá permanecer com o aparelho durante a realização da prova se encaminhar o laudo médico contendo a comprovação de que se faz necessária a utilização da prótese de forma contínua. Caso o candidato que utiliza prótese auditiva não encaminhe o laudo médico, terá apenas o direito de usá-la no momento da leitura das instruções/orientações dadas pelos fiscais (10 minutos antes do início das provas), sendo que durante a realização da prova, deverá retirá-la.

#### 5.3.4 Necessidades complementares:

I) Sala para Amamentação: A candidata que tiver necessidade de amamentar deverá encaminhar o atestado de amamentação e a cópia da certidão de nascimento do bebê. No dia de realização da prova, a candidata deverá levar um acompanhante, responsável legal pela criança e/ou maior de 18 anos, o qual ficará em uma sala reservada para essa finalidade e que será o cuidador da criança durante a ausência da mãe. O acompanhante somente terá acesso ao local de prova juntamente com a lactante e permanecerá em sala reservada até o término da prova da candidata. Caso a candidata não compareça com acompanhante, a criança não poderá permanecer no local de prova. A amamentação será concedida somente para bebês de até 06 meses de idade. O acompanhante deverá: apresentar documento de identificação, comparecer juntamente com a candidata, no horário determinado em edital. O acompanhante não poderá se comunicar com a candidata durante o processo de amamentação. A mãe terá o direito de proceder à amamentação a cada intervalo de 2 (duas) horas, por até 30 (trinta) minutos, por filho. Durante o período de amamentação, a mãe será



acompanhada por um fiscal do sexo feminino. O tempo despendido na amamentação será compensado durante a realização da prova, em igual período.

II) Tempo adicional: Ao candidato com baixa ou nenhuma visão ou com deficiência auditiva poderá ser oferecido o tempo adicional de 1 (uma) hora para a realização da prova. Se houver necessidade de tempo adicional, a justificativa deverá conter parecer emitido por especialista da área da deficiência/doença, através de laudo médico.

5.4 Os documentos comprobatórios deverão conter a assinatura do profissional de saúde de nível superior, número de inscrição no conselho regional de fiscalização da profissão correspondente e assinatura do profissional de saúde.

## **6. DAS AÇÕES AFIRMATIVAS E DA BANCA DE HETEROIDENTIFICAÇÃO E VERIFICAÇÃO DOCUMENTAL**

6.1 A SES/SC nomeará 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).

6.2 Cada Banca de Heteroidentificação e Verificação Documental atenderá ao critério da diversidade, quanto ao sexo e à cor e será composta com um mínimo de 3 (três) e o máximo de 5 (cinco) membros.

6.3 O candidato classificado em vaga reservada às pessoas negras (preta ou parda), deverá ter anexado a autodeclaração com foto no período de inscrições (modelo anexo IX) e se apresentar à Banca de Heteroidentificação e Verificação Documental, conforme consta no cronograma do anexo II.

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

6.3.1.1 No momento da avaliação fenotípica, os candidatos não deverão estar utilizando maquiagens, o que pode dificultar a avaliação pela banca.

6.3.2 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.

6.3.2.1 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.



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

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

6.3.3 O candidato classificado em vaga destinada à população negra (pretos ou pardos) que não anexar a documentação no momento da inscrição e que deixar de se apresentar à Banca de Heteroidentificação e Verificação Documental em data, horário e local determinado, deixará de concorrer às vagas reservadas para as ações afirmativas, não havendo reagendamento do procedimento.

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

6.3.5 No momento da apresentação presencial à Banca de Heteroidentificação e Verificação Documental, o candidato deverá levar o documento com cedência de uso de imagens para a finalidade deste edital, conforme modelo do anexo XII.

6.3.6 No momento da avaliação fenotípica presencial o candidato deverá portar e apresentar à banca um documento de identificação oficial original com foto.

6.4 O candidato classificado em vaga destinada à pessoa com deficiência (PcD), deverá anexar autodeclaração, conforme modelo disponível no anexo X 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 de 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.

6.4.1 O candidato classificado em vaga destinada à pessoa com deficiência (PcD) que não apresentar o 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.

6.5 O candidato classificado em vaga destinada a povos originários deverá apresentar autodeclaração (modelo anexo XI) 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.

6.5.1 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.

## 7. DA ETAPA ÚNICA DO PROCESSO SELETIVO

7.1 A etapa única, **de caráter classificatório e eliminatório**, será constituída de prova teórico-objetiva de conhecimentos gerais na área de formação pretendida.

7.1.1 As provas acontecerão simultaneamente em todas as unidades SES/SC que integram este processo seletivo, não sendo, portando, possível concorrer a mais de uma vaga deste edital.

7.1.2 Será eliminado do processo seletivo o candidato que:

- a) não comparecer na prova teórico-objetiva;
- b) não atingir o percentual mínimo de 50% (cinquenta por cento) de acertos na prova teórico-objetiva.

7.2 A prova será realizada conforme cronograma do anexo II nas respectivas unidades onde o candidato está concorrendo, conforme endereços descritos no anexo III.

7.3 A prova-teórico objetiva será composta de 20 (vinte) questões objetivas que abordarão os seguintes temas: humanização, saúde coletiva, legislação, política e organização do SUS e conhecimentos específicos sobre a área de formação.

7.4 As questões da prova teórico-objetiva serão de múltipla escolha, com 04 (quatro) alternativas (A, B, C e D) e 1 (uma) única resposta correta sendo atribuídos 5 (cinco) pontos por questão.

7.4.1 A prova teórico-objetiva terá a pontuação máxima de 100 (cem) pontos e a nota final do candidato será o resultado da multiplicação do número de questões acertadas pelo valor atribuído da questão.

7.5 O ingresso na sala de provas será permitido somente ao candidato que apresentar documento de identificação oficial original com foto.

7.5.1 O documento de identificação deverá estar em perfeitas condições de uso, inviolado e com foto que permita o reconhecimento do candidato.

7.6 Ao entrar na sala de realização de prova, o candidato não poderá manusear e consultar nenhum tipo de material, se o fizer será desclassificado.



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

7.7 Na sala de prova e durante a realização do certame, não será permitido ao candidato manter em seu poder quaisquer pertences pessoais, tais como: carteira, óculos escuro, protetor auricular, relógios de qualquer espécie, papéis em geral: anotações, folhetos, cartões plásticos; armas (de fogo e/ou branca), chaves com controle remoto ou similar, aparelhos eletrônicos (agenda eletrônica, notebook, palmtop, máquina fotográfica, controle de alarme de carro, BIP, telefone celular, calculadora, MP3, iPod, tablets), aparelhos de comunicação, receptores ou transmissor de dados, fones de ouvido, gravadores ou similares; bolsas, mochilas e sacolas; quaisquer acessórios de chapelaria, tais como: boné, chapéu, gorro, cachecol, manta e luvas ou qualquer outro acessório que lhe cubram a cabeça ou parte dela (exceto por motivos religiosos). O candidato que estiver portando qualquer desses objetos durante a realização da prova será eliminado do processo seletivo.

7.8 Não haverá, por qualquer motivo, prorrogação do tempo previsto para aplicação da prova em razão de afastamento do candidato da sala de provas.

7.9 Em hipótese alguma haverá segunda chamada, seja qual for o motivo alegado, tampouco será aplicada prova fora do local e horário designado pelo edital.

7.10 Os candidatos com a mesma nota serão listados conforme os critérios de classificação estabelecidos neste edital.

7.11 A publicação de gabaritos, resultado preliminar, prazos de recursos, notas, resultados e classificação será realizada de acordo com o cronograma do anexo II.

## 8. DOS RECURSOS

8.1 Caberá recurso nas seguintes situações:

- I. Recurso quanto à homologação das inscrições;
- II. Recurso quanto ao conteúdo, gabarito ou nota da prova teórico-objetiva;
- III. Recurso quanto ao cálculo da média final e à ordem da classificação do candidato;
- IV. Recurso quanto à avaliação documental aos candidatos que concorrem às vagas destinadas às ações afirmativas e quanto à avaliação fenotípica (para candidatos pretos e pardos) realizada pela Banca de Heteroidentificação e Verificação Documental.

8.2 Não haverá taxa de interposição de recursos.

8.3 Não serão considerados aceitos os recursos enviados de maneira diversa às contidas neste edital.

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



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

#### 8.6 Quanto aos recursos referentes à homologação das inscrições:

8.6.1 Caberá recurso quanto à homologação das inscrições que deverá ser interposto conforme o cronograma deste edital.

8.6.2 Para interposição de recursos quanto à **homologação das inscrições**, o candidato deverá preencher e assinar o formulário do anexo V, no prazo constante no cronograma, remetê-lo via **Protocolo Digital** a ser acessado por meio do endereço eletrônico <https://www.sc.gov.br/servicos/protocolo-digital> e proceder com as seguintes informações:

- Órgão de destino: SES – Secretaria de Estado da Saúde
- Setor Destino: SES/PROTSES
- Assunto: Edital Residência em Área Profissional da Saúde – Edital nº 8/2026/SES
- Detalhamento do assunto: **Interposição de recursos – homologação das inscrições**

#### 8.7 Quanto aos recursos referentes à prova teórico objetiva:

8.7.1 Caberá recurso quanto ao conteúdo, gabarito ou nota da prova teórico-objetiva que deverá ser interposto conforme o cronograma deste edital.

8.7.2 Para interposição de recursos quanto ao **conteúdo, gabarito ou nota da prova teórico-objetiva**, o candidato deverá preencher e assinar o formulário do anexo V, no prazo constante no cronograma, remetê-lo via **Protocolo Digital** a ser acessado por meio do endereço eletrônico <https://www.sc.gov.br/servicos/protocolo-digital> e proceder com as seguintes informações:

- Órgão de destino: SES – Secretaria de Estado da Saúde
- Setor Destino: SES/PROTSES
- Assunto: Edital Residência em Área Profissional da Saúde – Edital nº 8/2026/SES
- Detalhamento do assunto: **Interposição de recursos – prova teórico-objetiva**

#### 8.8 Quanto aos recursos referentes à nota final e ordem de classificação do candidato:

8.8.1 Os candidatos que desejarem ingressar com recurso quanto à nota final e a ordem de classificação, deverão fazê-lo conforme as orientações a seguir.

8.8.2 Para interposição de recursos quanto à **nota final e ordem de classificação**, o candidato deverá preencher e assinar o formulário do anexo V, no prazo constante no cronograma, remetê-lo via **Protocolo Digital** a ser acessado por meio do endereço eletrônico <https://www.sc.gov.br/servicos/protocolo-digital> e proceder com as seguintes informações:

- Órgão de destino: SES – Secretaria de Estado da Saúde



- Setor Destino: SES/PROTSES
- Assunto: Edital Residência em Área Profissional da Saúde – Edital nº 8/2026/SES
- Detalhamento do assunto: **Interposição de recursos – nota final e classificação**

## **8.9 Quanto aos recursos referentes aos documentos e avaliação fenotípica realizados pela Banca de Heteroidentificação e Verificação Documental:**

8.9.1 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:

8.9.1.1 Os recursos referentes à validação da condição de candidato participante das ações afirmativas poderão ser interpostos:

8.9.1.1.1 Recurso quanto à avaliação documental para candidatos que se inscreveram na modalidade cotas - negros (pretos e pardos).

8.9.1.1.2 Recurso quanto à avaliação documental para candidatos que se inscreveram na modalidade cotas - PcDs.

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

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

8.9.1.2 Para interposição de recursos quanto à **homologação de documentos das ações afirmativas ou à avaliação fenotípica**, o candidato deverá preencher e assinar o formulário do anexo V, no prazo constante no cronograma, remetê-lo via **Protocolo Digital** a ser acessado por meio do endereço eletrônico <https://www.sc.gov.br/servicos/protocolo-digital> e proceder com as seguintes informações:

- Órgão de destino: SES – Secretaria de Estado da Saúde
- Setor Destino: SES/PROTSES
- Assunto: Edital Residência em Área Profissional da Saúde – Edital nº 8/2026/SES
- Detalhamento do assunto: **Interposição de recursos – ações afirmativas**

8.10 Todos os resultados dos recursos, a homologação dos documentos dos candidatos que concorrem às cotas referentes às ações afirmativas, o resultado final, o resultado da avaliação de



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

Heteroidentificação e a primeira chamada do processo seletivo serão publicados no endereço eletrônico [www.saude.sc.gov.br](http://www.saude.sc.gov.br), conforme cronograma do anexo II.

8.11 A decisão dos recursos, exarada pela banca examinadora, pela Banca de Heteroidentificação e Verificação Documental e/ou pela Comissão Central de Residência Multiprofissional (CCRMS), é irrecorrível na esfera administrativa.

8.12 Ocorrendo a anulação de questões ou 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.

## 9. DA CLASSIFICAÇÃO E RESULTADO FINAL

9.1 Serão classificados no resultado final os candidatos que obtiverem a maior nota final, em ordem decrescente de classificação, de acordo com o número de vagas previstas.

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

I. Maior idade;

II. Maior tempo de formado.

9.2.1 Persistindo o empate, a classificação será definida por sorteio, o qual ocorrerá na presença dos candidatos interessados, na forma a ser definida em etapas posteriores do certame.

9.3 O resultado final deste processo seletivo, e a primeira chamada para matrícula serão publicados no site da SES/SC no endereço eletrônico: [www.saude.sc.gov.br](http://www.saude.sc.gov.br) conforme cronograma contido no anexo II.

9.4 O preenchimento das vagas será feito rigorosamente de acordo com a ordem de classificação e o número de vagas oferecidas, com credenciamento junto à CNRMS e bolsa garantida.

9.5 Serão efetuadas convocações até o preenchimento das vagas, conforme prevê Resolução CNRMS Nº 3, de 16 de abril de 2012 ou novo prazo final estabelecido pela CNRMS.

## 10. DA MATRÍCULA



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

10.1 A matrícula estará garantida para os candidatos aprovados no processo seletivo e convocados para as vagas credenciadas pela CNRMS e com financiamento da bolsa.

10.1.1 As matrículas deverão ser realizadas pessoalmente pelo candidato convocado ou por seu representante, por meio de procuração pública, de acordo com cronograma do anexo II.

10.2 As matrículas ocorrerão na unidade SES/SC para qual o candidato foi convocado, nos endereços constantes no anexo III.

10.3 Após a chamada pública, persistindo as vagas não ocupadas, as unidades SES/SC continuarão realizando convocações para matrícula, por meio do e-mail cadastrado na ficha de inscrição, até o preenchimento das vagas, obedecendo à ordem decrescente de classificação.

10.4 O candidato que for convocado por e-mail terá até 24 (vinte e quatro) horas para manifestar interesse na vaga e realizar sua matrícula e, caso não haja manifestação, será considerado desistente.

10.4.1 Caso o candidato manifeste sua desistência da vaga antes de completar as 24 (vinte e quatro) horas, o mesmo deverá fazê-lo utilizando o modelo do Termo de Desistência constante no anexo VII, o qual poderá ser entregue presencialmente na unidade onde estiver concorrendo ou encaminhado por e-mail.

10.5 No momento da matrícula, o candidato aprovado neste processo seletivo, deverá entregar a ficha de matrícula preenchida contendo os dados cadastrais e funcionais (anexo VIII) e documentação solicitada constante no anexo VI.

10.6 A matrícula do candidato convocado para servir as Forças Armadas deverá ser efetivada seguindo as regras deste edital e conforme a Resolução CNRMS nº 3, de 17 de fevereiro de 2011.

10.6.1 O candidato poderá requerer a reserva militar da vaga em apenas 1 (um) programa de residência em todo o território nacional, pelo período de 1 (um) ano.

10.6.2 O pedido de trancamento deverá ser feito por escrito e sua aceitação pela instituição que ofertou o programa de residência será obrigatória.

10.7 Para o candidato com conclusão do curso de graduação no segundo semestre de 2025, caso o registro no Conselho Regional Profissional não esteja pronto até o dia da matrícula, o mesmo deverá apresentar cópia do protocolo de inscrição junto ao conselho profissional ou declaração original de conclusão do curso emitida pela universidade constando a data da colação de grau, que deverá ser



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

até o dia 28 de fevereiro de 2026. Ficam excluídos desta regra, os estrangeiros ou brasileiros com diploma adquirido no exterior.

10.8 Para o candidato com registro no Conselho Regional de outro estado, caso o registro no conselho profissional de SC (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. Neste caso, a cópia do protocolo de pedido de transferência ao Conselho em SC deverá ser apresentada até o primeiro dia de atividades do programa de residência. Ficam excluídos desta regra, os estrangeiros ou brasileiros com diploma adquirido no exterior.

10.9 O candidato que se enquadra nos itens acima terá até 30 (trinta) dias após o início das atividades no PRAPS para apresentar o seu registro no respectivo conselho profissional do estado de SC sob pena de ter sua matrícula cancelada e ser excluído do programa.

10.10 O residente efetivamente matriculado que deixar de se apresentar ou de justificar sua ausência, por escrito, em até 24 horas do início de suas atividades no PRAPS será considerado desistente, ficando a instituição autorizada a convocar, no dia seguinte, outro candidato aprovado, em ordem decrescente de classificação.

## **11. DA HOMOLOGAÇÃO E VALIDADE DO PROCESSO SELETIVO**

11.1 O resultado final deste processo seletivo 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.

11.2 O prazo de validade deste processo seletivo encerra-se em 31 de março de 2026, conforme Resolução CNRMS Nº 3, de 16 de abril de 2012.

## **12. DAS DISPOSIÇÕES FINAIS**

12.1 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.

12.2 Todas as vagas oferecidas são em PRAPS reconhecidos e credenciados pela CNRMS.

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

12.4 Os casos omissos serão resolvidos em conjunto pela Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina e pela Comissão de Residência Multiprofissional da unidade.



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

12.5 No dia **16 de março de 2026** terão início as atividades dos programas de residência para os candidatos que ingressarem por meio deste processo seletivo.

Florianópolis, 27 de fevereiro de 2026.

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



ANEXO I – QUADRO DE VAGAS CREDENCIADAS NAS UNIDADES DA SES/SC

| ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DE SANTA CATARINA - ESPSC                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                |                             |                          |                             |                              |     |           |                     |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|-----------------------------|--------------------------|-----------------------------|------------------------------|-----|-----------|---------------------|
| Programa                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Duração (anos) | Vagas                       |                          |                             |                              |     |           | Área de formação    |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                |                             |                          |                             | Vagas para ações afirmativas |     |           |                     |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                | Total de vagas credenciadas | Vagas em Reserva Militar | Vagas em ampla concorrência | Pretos e Pardos              | PcD | Indígenas |                     |
| SAÚDE DA FAMÍLIA E COMUNIDADE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 02             | 1                           | 0                        | 1                           | 0                            | 0   | 0         | Educação Física*    |
| SAÚDE DA FAMÍLIA E COMUNIDADE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 02             | 1                           | 0                        | 1                           | 0                            | 0   | 0         | Nutrição            |
| TOTAL DE VAGAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                | 2                           | 0                        | 2                           | 0                            | 0   | 0         |                     |
| * Para as vagas de Educação Física somente serão aceitas as inscrições dos candidatos que concluíram o curso de graduação em Educação Física (bacharelado) e/ou que apresentarem Cédula de Identidade Profissional expedida pelo Conselho Profissional nas habilitações Bacharel ou Licenciado/Bacharel, conforme orientação da PORTARIA CONFEF nº 278/2020 e da NOTA TÉCNICA Nº 12/2020-CGPROFI/DEPROS/SAPS/MS (Secretaria de Atenção Primária do Ministério da Saúde). |                |                             |                          |                             |                              |     |           |                     |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                |                             |                          |                             |                              |     |           |                     |
| HOSPITAL E MATERNIDADE TEREZA RAMOS – HMTR                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                |                             |                          |                             |                              |     |           |                     |
| Programa                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Duração (anos) | Vagas                       |                          |                             |                              |     |           | Área de formação    |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                |                             |                          |                             | Vagas para ações afirmativas |     |           |                     |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                | Total de vagas credenciadas | Vagas em Reserva Militar | Vagas em ampla concorrência | Pretos e Pardos              | PcD | Indígenas |                     |
| ATENÇÃO EM ONCOLOGIA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 02             | 1                           | 0                        | 1                           | 0                            | 0   | 0         | Terapia Ocupacional |
| TOTAL DE VAGAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                | 1                           | 0                        | 1                           | 0                            | 0   | 0         |                     |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                |                             |                          |                             |                              |     |           |                     |



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

| HOSPITAL GOVERNADOR CELSO RAMOS – HGCR              |                   |                                |                                |                                |                              |     |           |                  |
|-----------------------------------------------------|-------------------|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|------------------------------|-----|-----------|------------------|
| Programa                                            | Duração<br>(anos) | Vagas                          |                                |                                |                              |     |           | Área de formação |
|                                                     |                   |                                |                                |                                | Vagas para ações afirmativas |     |           |                  |
|                                                     |                   | Total de vagas<br>credenciadas | Vagas em<br>Reserva<br>Militar | Vagas em ampla<br>concorrência | Pretos e<br>Pardos           | PcD | Indígenas |                  |
| CUIDADO AO PACIENTE<br>NEUROLÓGICO E NEUROCIRÚRGICO | 02                | 1                              | 0                              | 0                              | 1                            | 0   | 0         | Enfermagem       |
| CUIDADO AO PACIENTE<br>NEUROLÓGICO E NEUROCIRÚRGICO | 02                | 2                              | 0                              | 1                              | 0                            | 1   | 0         | Fonoaudiologia   |
| TOTAL DE VAGAS                                      |                   | 3                              | 0                              | 1                              | 1                            | 1   | 0         |                  |
|                                                     |                   |                                |                                |                                |                              |     |           |                  |
| HOSPITAL INFANTIL JOANA DE GUSMÃO – HIJG            |                   |                                |                                |                                |                              |     |           |                  |
| Programa                                            | Duração<br>(anos) | Vagas                          |                                |                                |                              |     |           | Área de formação |
|                                                     |                   |                                |                                |                                | Vagas para ações afirmativas |     |           |                  |
|                                                     |                   | Total de vagas<br>credenciadas | Vagas em<br>Reserva<br>Militar | Vagas em ampla<br>concorrência | Pretos e<br>Pardos           | PcD | Indígenas |                  |
| ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA E DO<br>ADOLESCENTE      | 02                | 1                              | 0                              | 1                              | 0                            | 0   | 0         | Fonoaudiologia   |
| ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA E DO<br>ADOLESCENTE      | 02                | 1                              | 0                              | 1                              | 0                            | 0   | 0         | Odontologia      |
| TOTAL DE VAGAS                                      |                   | 2                              | 0                              | 2                              | 0                            | 0   | 0         |                  |
|                                                     |                   |                                |                                |                                |                              |     |           |                  |



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

| HOSPITAL REGIONAL HOMERO E MIRANDA GOMES – HRHMG  |                   |                                |                                |                                |                              |     |           |                  |
|---------------------------------------------------|-------------------|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|------------------------------|-----|-----------|------------------|
| Programa                                          | Duração<br>(anos) | Vagas                          |                                |                                |                              |     |           | Área de formação |
|                                                   |                   |                                |                                |                                | Vagas para ações afirmativas |     |           |                  |
|                                                   |                   | Total de vagas<br>credenciadas | Vagas em<br>Reserva<br>Militar | Vagas em ampla<br>concorrência | Pretos e<br>Pardos           | PcD | Indígenas |                  |
| URGÊNCIA E EMERGÊNCIA EM<br>CUIDADOS INTENSIVOS   | 02                | 1                              | 0                              | 1                              | 0                            | 0   | 0         | Farmácia         |
| URGÊNCIA E EMERGÊNCIA EM<br>CUIDADOS INTENSIVOS   | 02                | 1                              | 0                              | 1                              | 0                            | 0   | 0         | Fonoaudiologia   |
| URGÊNCIA E EMERGÊNCIA EM<br>CUIDADOS INTENSIVOS   | 02                | 1                              | 0                              | 1                              | 0                            | 0   | 0         | Nutrição         |
| TOTAL DE VAGAS                                    |                   | 3                              | 0                              | 3                              | 0                            | 0   | 0         |                  |
|                                                   |                   |                                |                                |                                |                              |     |           |                  |
| INSTITUTO DE CARDIOLOGIA DE SANTA CATARINA – ICSC |                   |                                |                                |                                |                              |     |           |                  |
| Programa                                          | Duração<br>(anos) | Vagas                          |                                |                                |                              |     |           | Área de formação |
|                                                   |                   |                                |                                |                                | Vagas para ações afirmativas |     |           |                  |
|                                                   |                   | Total de vagas<br>credenciadas | Vagas em<br>Reserva<br>Militar | Vagas em ampla<br>concorrência | Pretos e<br>Pardos           | PcD | Indígenas |                  |
| ATENÇÃO À SAÚDE<br>CARDIOVASCULAR                 | 02                | 1                              | 0                              | 0                              | 0                            | 0   | 0         | Farmácia         |
| TOTAL DE VAGAS                                    |                   | 1                              | 0                              | 0                              | 0                            | 0   | 0         |                  |
|                                                   |                   |                                |                                |                                |                              |     |           |                  |



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

| INSTITUTO DE PSIQUIATRIA DE SANTA CATARINA – IPQ |                   |                                |                                |                                |                              |     |           |                  |
|--------------------------------------------------|-------------------|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|------------------------------|-----|-----------|------------------|
| Programa                                         | Duração<br>(anos) | Vagas                          |                                |                                |                              |     |           | Área de formação |
|                                                  |                   |                                |                                |                                | Vagas para ações afirmativas |     |           |                  |
|                                                  |                   | Total de vagas<br>credenciadas | Vagas em<br>Reserva<br>Militar | Vagas em ampla<br>concorrência | Pretos e<br>Pardos           | PcD | Indígenas |                  |
| ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL                           | 02                | 1                              | 0                              | 1                              | 0                            | 0   | 0         | Fisioterapia     |
| TOTAL DE VAGAS                                   |                   | 1                              | 0                              | 1                              | 0                            | 0   | 0         |                  |
|                                                  |                   |                                |                                |                                |                              |     |           |                  |



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

## ANEXO I – A – MUNICÍPIOS CONVENIADOS E TOTAL DE VAGAS PARA ALOCAÇÃO DO PROGRAMA DE RESIDÊNCIA EM SAÚDE DA FAMÍLIA E COMUNIDADE

| MUNICÍPIO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | CATEGORIA PROFISSIONAL | NÚMERO DE VAGAS |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|-----------------|
| BALNEÁRIO RINCÃO**                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | EDUCAÇÃO FÍSICA        | 1               |
| CHAPECÓ, ITAJAÍ, RIO DO SUL OU VIDEIRA***                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | NUTRIÇÃO               | 1               |
| <p>** Para o residente alocado nos município de Balneário Rincão, o município ofertará bolsa de contrapartida para ajuda de custo com moradia e alimentação no seguinte valor:<br/>BALNEÁRIO RINCÃO – R\$ 1.500,00 (mil e quinhentos reais)</p> <p>***No momento da matrícula o candidato à vaga de nutrição terá apenas um dos municípios disponíveis para alocação, não sendo possível na ocasião do lançamento deste edital precisar qual dos municípios estará com vaga desocupada, uma vez que este processo trata-se de vagas remanescentes.</p> |                        |                 |



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

**ANEXO II – CRONOGRAMA**

| DATA            | EVENTO                                                                                                                                                                                                                                      |
|-----------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 27/02/2026      | Sorteio das vagas referentes às ações afirmativas.                                                                                                                                                                                          |
| 02/03/2026      | Publicação do extrato no DOE e publicação do edital nº 8/2026/SES no endereço eletrônico da SES/SC ( <a href="http://www.saude.sc.gov.br">www.saude.sc.gov.br</a> )                                                                         |
| 02 a 04/03/2026 | Período de inscrições no processo seletivo via protocolo digital no Sistema de Gestão de Processos Eletrônicos (SGPE)                                                                                                                       |
| 05/03/2026      | Publicação da relação de inscritos e da homologação dos documentos das ações afirmativas (das 8h às 12h)                                                                                                                                    |
| 05/03/2026      | Período para interposição de recursos quanto à homologação das inscrições e da homologação dos documentos das ações afirmativas (das 14h às 20h)                                                                                            |
| 06/03/2026      | Divulgação dos resultados de recursos quanto à homologação das inscrições e à homologação dos documentos das ações afirmativas                                                                                                              |
| 07/03/2026      | Realização da prova teórico-objetiva das 09h às 12h na unidade SES/SC que o candidato estiver concorrendo à vaga.                                                                                                                           |
| 09/03/2026      | Publicação dos gabaritos, da nota preliminar do candidato e da classificação preliminar e publicação da relação de candidatos convocados para avaliação fenotípica.                                                                         |
| 10/03/2026      | Período para interposição de recursos quanto ao gabarito, nota preliminar e classificação preliminar (até 12h)                                                                                                                              |
| 11/03/2026      | Publicação do resultado da interposição de recursos quanto ao gabarito, nota preliminar e classificação preliminar do processo seletivo.                                                                                                    |
| 11/03/2026      | Avaliação fenotípica pela banca de heteroidentificação e verificação documental (14h às 17h) – realizada na sede da Escola de Saúde Pública de Santa Catarina, município de São José, conforme endereço constante no anexo III deste edital |
| 12/03/2026      | Divulgação do resultado da avaliação fenotípica (até 12h)                                                                                                                                                                                   |
| 12/03/2026      | Período para interposição de recursos quanto à avaliação fenotípica (14h às 17h)                                                                                                                                                            |
| 13/03/2026      | Publicação do resultado dos recursos quanto à avaliação fenotípica, publicação do resultado final do processo seletivo e publicação da chamada para matrícula (até 12h)                                                                     |
| 16/03/2026      | Realização da matrícula dos candidatos convocados (09h às 13h) na unidade SES/SC onde o candidato estiver concorrendo                                                                                                                       |
| 16/03/2026      | Início das atividades dos programas de residência médica para os aprovados neste edital (13h)                                                                                                                                               |



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

### **ANEXO III – ENDEREÇOS E CONTATOS DAS UNIDADES**

#### **ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DE SANTA CATARINA – ESPSC**

##### **NÚCLEO DE RESIDÊNCIAS EM SAÚDE**

Fone: (48) 3664-7247 / 3664-7245

E-mail: [espsc\\_residencia@saude.sc.gov.br](mailto:espsc_residencia@saude.sc.gov.br)

Rua Esteves Júnior, 390 - 2º andar - Anexo I da SES, Centro, Florianópolis- SC

CEP: 88050-530

#### **ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DE SANTA CATARINA – ESPSC**

##### **Sede São José (local da avaliação fenotípica)**

##### **Secretaria Acadêmica (Matrícula do Programa de Saúde da Família e Comunidade)**

Fone: (48) 3665-4655

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

Rua das Tulipas, 236 - Bairro Bela Vista - São José - SC

CEP: 88110-813

#### **HOSPITAL E MATERNIDADE TEREZA RAMOS**

Fone: (49) 3289-8947

E-mail: [hmtr.coremu@saude.sc.gov.br](mailto:hmtr.coremu@saude.sc.gov.br)

Centro de Estudos

Rua Marechal Deodoro, 799 - Copacabana - Lages - SC

CEP: 88501-001

#### **HOSPITAL GOVERNADOR CELSO RAMOS**

Fone: (48) 3664-3613 ou 98852-8269

E-mail: [hgcr.coremu@saude.sc.gov.br](mailto:hgcr.coremu@saude.sc.gov.br)

Centro de Estudos

Rua Irmã Benwarda, 297 - Centro - Florianópolis – SC

CEP: 88015-270

#### **HOSPITAL INFANTIL JOANA DE GUSMÃO**

Fone: (48) 3664-3285

E-mail: [cesec@saude.sc.gov.br](mailto:cesec@saude.sc.gov.br)

Centro de Estudos

Rua Rui Barbosa, 252 - Agronômica – Florianópolis - SC

CEP: 88025-301

#### **HOSPITAL REGIONAL HOMERO DE MIRANDA GOMES**

Fone: (48) 3664-9812 e (48) 3664-9695



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

E-mail: [centrodeestudoshrsj@saude.sc.gov.br](mailto:centrodeestudoshrsj@saude.sc.gov.br)

Centro de Estudos

Rua Adolfo Donato da Silva, s/n - Praia Comprida - São José - SC

CEP: 88103-901

**INSTITUTO DE CARDIOLOGIA DE SANTA CATARINA**

Fone: (48) 3664-3016

E-mail: [treinamentoicsc@saude.sc.gov.br](mailto:treinamentoicsc@saude.sc.gov.br)

Educação Permanente em Saúde

Rua Adolfo Donato da Silva, s/n - Praia Comprida - São José - SC

CEP: 88103-460

**INSTITUTO DE PSIQUIATRIA DE SANTA CATARINA - IPQ/SC**

Fone: (48) 3664-3411

E-mail: [ipq.residenciamulti@saude.sc.gov.br](mailto:ipq.residenciamulti@saude.sc.gov.br)

Centro de Estudos

Rua Engilberto Koerich, 333 - Colônia Santana - São José - SC

CEP: 88123-300



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

**ANEXO IV – FICHA DE INSCRIÇÃO**  
**PROCESSO SELETIVO SIMPLIFICADO PARA**  
**RESIDÊNCIA EM ÁREA PROFISSIONAL DA SAÚDE**

|                                                                                       |                |                |             |
|---------------------------------------------------------------------------------------|----------------|----------------|-------------|
| <b>Nome Completo:</b>                                                                 |                |                |             |
| <b>Formação:</b>                                                                      |                |                |             |
| <b>CPF:</b>                                                                           |                | <b>R.G.:</b>   |             |
| <b>Data de nascimento:</b>                                                            |                |                |             |
| <b>Endereço:</b>                                                                      |                |                |             |
| <b>Bairro:</b>                                                                        | <b>Cidade:</b> | <b>Estado:</b> | <b>CEP:</b> |
| <b>Telefone celular: ( )</b>                                                          |                |                |             |
| <b>E-mail:</b>                                                                        |                |                |             |
| É candidato às ações afirmativas? ( ) Sim ( ) Não                                     |                |                |             |
| Se sim, para qual grupo beneficiário de cotas se candidata?                           |                |                |             |
| ( ) Negros (pretos e pardos)                                                          |                |                |             |
| ( ) Pessoas com deficiência (PcDs)                                                    |                |                |             |
| ( ) Povos originários (indígena)                                                      |                |                |             |
| <b>Assinalar um “X” em APENAS um programa de residência para o qual se candidata:</b> |                |                |             |
| <b>ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DE SANTA CATARINA - ESPSC:</b>                             |                |                |             |
| ( ) SAÚDE DA FAMÍLIA E COMUNIDADE – EDUCAÇÃO FÍSICA                                   |                |                |             |
| ( ) SAÚDE DA FAMÍLIA E COMUNIDADE – NUTRIÇÃO                                          |                |                |             |
| <b>HOSPITAL E MATERNIDADE TEREZA RAMOS - HTR:</b>                                     |                |                |             |
| ( ) ATENÇÃO EM ONCOLOGIA – TERAPIA OCUPACIONAL                                        |                |                |             |
| <b>HOSPITAL GOVERNADOR CELSO RAMOS - HGCR:</b>                                        |                |                |             |
| ( ) CUIDADO AO PACIENTE NEUROLÓGICO E NEUROCIRÚRGICO – ENFERMAGEM                     |                |                |             |



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

( ) CUIDADO AO PACIENTE NEUROLÓGICO E NEUROCIRÚRGICO – FONOAUDIOLOGIA

**HOSPITAL INFANTIL JOANA DE GUSMÃO - HIJG:**

( ) ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE – FONOAUDIOLOGIA

( ) ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE – ODONTOLOGIA

**HOSPITAL REGIONAL HOMERO DE MIRANDA GOMES - HRHMG:**

( ) URGÊNCIA E EMERGÊNCIA EM CUIDADOS INTENSIVOS – FARMÁCIA

( ) URGÊNCIA E EMERGÊNCIA EM CUIDADOS INTENSIVOS – FONOAUDIOLOGIA

( ) URGÊNCIA E EMERGÊNCIA EM CUIDADOS INTENSIVOS – NUTRIÇÃO

**INSTITUTO DE CARDIOLOGIA DE SANTA CATARINA - ICSC:**

( ) ATENÇÃO À SAÚDE CARDIOVASCULAR – FARMÁCIA

**INSTITUTO DE PSIQUIATRIA DE SANTA CATARINA - IPQ:**

( ) ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL – FISIOTERAPIA

**Declaro ter pleno conhecimento e aceitação deste edital bem como preencher os requisitos exigidos por ele.**

\_\_\_\_\_  
(Assinatura do candidato)



## ANEXO V – MODELO DE RECURSO

### À COREMU (motivo):

- ( ) Gabarito da prova teórico objetiva
- ( ) Nota da prova teórico objetiva

### À Comissão Central de Residência Multiprofissional (motivo)

- ( ) Homologação de inscrição
- ( ) Classificação final

### À Banca de Heteroidentificação e Verificação Documental (motivo)

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

Nome do candidato: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

### Unidade SES/SC e Programa de Residência que o candidato está concorrendo:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### ARGUMENTAÇÃO:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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

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



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

**ANEXO VI – DOCUMENTOS PARA A MATRÍCULA**

| DOCUMENTAÇÃO                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                        |
|----------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|
| 1                                                              | Cédula de identidade (RG - Registro Geral de Identidade)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Original e 1 cópia                     |
| 2                                                              | Comprovante do CPF e comprovante de regularização obtido pelo site <a href="http://www.receita.fazenda.gov.br">www.receita.fazenda.gov.br</a>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Cópia                                  |
| 3                                                              | Carteira de habilitação profissional (registro no conselho profissional da categoria) do Estado de Santa Catarina ou protocolo correspondente                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Original e 1 cópia                     |
| 4                                                              | Histórico Escolar do curso de graduação                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Original e 1 cópia                     |
| 5                                                              | Diploma ou certificado de conclusão de curso de graduação                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Original e 1 cópia                     |
| 6                                                              | Título de Eleitor                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Original e 1 cópia                     |
| 7                                                              | Certidão de quitação eleitoral emitida pelo Tribunal Regional Eleitoral                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Cópia                                  |
| 8                                                              | Certidão de casamento e de nascimento dos filhos (caso haja)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Original e 1 cópia                     |
| 9                                                              | Certificado de Reservista (sexo masculino)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Original e 1 cópia                     |
| 10                                                             | Comprovante de residência (Conta de água, luz, telefone, cartão de crédito, contrato de locação, declaração de residência registrada em cartório)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Original e 1 cópia                     |
| 11                                                             | Comprovante de vacinação contendo esquema vacinal completo ou iniciado de Hepatite B, Rubéola, Tétano e COVID-19                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Original e 1 cópia                     |
| 13                                                             | Cartão do PIS/PASEP ou documento oficial que contenha o número                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Original e 1 cópia                     |
|                                                                | <b>(Esclarecimentos):</b> 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.<br><b>Observação:</b> O candidato que não conseguir o número do PIS após seguidas as orientações acima deverá, 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> ). |                                        |
| 14                                                             | Carteira de trabalho física, página indicando o ano do primeiro emprego e página do último contrato de trabalho (cópia) ou cópia da carteira de trabalho digital obtida em <a href="https://www.gov.br/pt-br/servicos/obter-a-carteira-de-trabalho">https://www.gov.br/pt-br/servicos/obter-a-carteira-de-trabalho</a> que comprove não existir vínculo empregatício no momento da matrícula                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Original e 1 cópia                     |
| 15                                                             | No ato da matrícula, o candidato será orientado sobre a abertura de conta corrente em banco Credenciado pela SES/SC e/ou pelo MS para pagamento da bolsa residência. Após a matrícula o candidato terá 03 (três) dias úteis para enviar comprovante contendo os dados bancários.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Declaração do Banco ou Cópia do Cartão |
| 16                                                             | Atestado médico de aptidão física e mental emitida por médico do trabalho datado dos últimos 30 (trinta) dias.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Original                               |
| 17                                                             | Uma foto 3x4 recente.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Original                               |
| 18                                                             | Ficha cadastral e funcional (anexo VIII)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Original                               |
| 19                                                             | Ficha de requerimento de incentivo-permanência (anexo XIV)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Original                               |
| DOCUMENTAÇÃO ADICIONAL PARA BRASILEIRO COM DIPLOMA NO EXTERIOR |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                        |
| 20                                                             | Registro no conselho profissional, bem como estar inteiramente regular com as demais exigências legais do órgão fiscalizador do exercício profissional, ou cópia do protocolo de inscrição junto ao conselho                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Original e 1 cópia                     |
| 21                                                             | Diploma revalidado por universidade brasileira credenciada pelo MEC – para os que concluíram o curso superior no exterior                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Original e 1 cópia                     |
| DOCUMENTAÇÃO ADICIONAL PARA ESTRANGEIRO                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                        |
| 22                                                             | Visto temporário de permanência no país ou autorização de moradia – para candidato estrangeiro                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Original e 1 cópia                     |
| 23                                                             | Diploma revalidado por universidade pública brasileira e exame de proficiência da língua portuguesa.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Original e 1 cópia                     |



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

|    |                                                                                                                                                            |                    |
|----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|
| 22 | Registro no Conselho Profissional ou cópia do protocolo de inscrição e certidão de regularidade expedida pelo órgão fiscalizador do exercício profissional | Original e 1 cópia |
|----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|

\*Os documentos apresentados deverão ser originais e cópias simples ou apenas cópias autenticadas em cartório.



**ANEXO VII – MODELO DE TERMO DE DESISTÊNCIA**

Eu, \_\_\_\_\_, Nacionalidade \_\_\_\_\_, Estado Civil \_\_\_\_\_, RG nº \_\_\_\_\_; inscrito (a) no CPF nº \_\_\_\_\_, candidato (a) aprovado (a) no PROCESSO SELETIVO PARA RESIDENTE classificado (a) no PRAPS em \_\_\_\_\_ na Unidade \_\_\_\_\_; venho através deste termo, **DECLARAR A MINHA DESISTÊNCIA DA VAGA** por minha decisão voluntária referente ao Programa de Residência em \_\_\_\_\_ para o qual fui aprovado (a).

Esclareço ter ciência de que esta decisão implica na minha exclusão do quadro de beneficiados 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



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

**ANEXO VIII – DADOS CADASTRAIS E FUNCIONAIS**

|                                                                                                                                                                                                                                       |      |                                  |                                                                                                                                                                                          |                                                                              |                          |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|----------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|
| DESCRIÇÃO DO ÓRGÃO/ENTIDADE<br><b>SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE – SES</b>                                                                                                                                                             |      |                                  |                                                                                                                                                                                          |                                                                              |                          |
| PROGRAMA DE RESIDÊNCIA EM ÁREA PROFISSIONAL DA SAÚDE:                                                                                                                                                                                 |      |                                  |                                                                                                                                                                                          |                                                                              |                          |
| LOCAL:                                                                                                                                                                                                                                |      |                                  |                                                                                                                                                                                          |                                                                              |                          |
| <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                                                                                                                                                                                                                         |      | 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 <input type="checkbox"/> ESPECIAL PERMANENTE <input type="checkbox"/> INCAPACIDADE                                                                                           |      |                                  | TIPO DE DEFICIÊNCIA<br><input type="checkbox"/> AUDITIVA <input type="checkbox"/> FÍSICA <input type="checkbox"/> MENTAL <input type="checkbox"/> VISUAL <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<br>( )                                                                                                                                                                                            | TELEFONE DE CONTATO<br>( ) | TELEFONE CELULAR<br>( ) | O ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA É O MESMO?<br><input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO |             |

**CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL**

|        |       |    |                        |
|--------|-------|----|------------------------|
| NÚMERO | SÉRIE | UF | DATA DE EMISSÃO<br>/ / |
|--------|-------|----|------------------------|

**PIS/PASEP**

**CONTRIBUIÇÃO SINDICAL**

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

**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 | ORGÃO EMISSOR | UF |
| NÚMERO | DATA DE EMISSÃO<br>/ / | DATA VALIDADE<br>/ / | REGIÃO DO CONSELHO | ORGÃO EMISSOR | UF |

**NIT – NÚMERO DE INSCRIÇÃO DO TRABALHADOR**

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

**RESIDENTE**

|                |            |
|----------------|------------|
| DATA<br>/ /202 | ASSINATURA |
|----------------|------------|

**CENTRO DE ESTUDOS**

|                |                      |
|----------------|----------------------|
| DATA<br>/ /202 | CARIMBO E ASSINATURA |
|----------------|----------------------|



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

|                                                                           |     |          |
|---------------------------------------------------------------------------|-----|----------|
| DESCRIÇÃO DO ÓRGÃO/ENTIDADE<br><b>SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE - SES</b> |     | Foto 3x4 |
| EDITAL – PROCESSO SELETIVO PARA RESIDÊNCIA EM ÁREA PROFISSIONAL DA SAÚDE  |     |          |
| NÚMERO                                                                    | ANO |          |

**INFORMAÇÕES DO VÍNCULO**

|                       |                                 |                                                                                                                                                                  |         |
|-----------------------|---------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|
| CPF                   | MATRÍCULA<br>(PREENCHIMENTO RH) | DV                                                                                                                                                               | VÍNCULO |
| 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 |         |

**INFORMAÇÕES DA RELAÇÃO DE VÍNCULO/CONTRATO**

|                                                     |                             |                                              |                                                      |
|-----------------------------------------------------|-----------------------------|----------------------------------------------|------------------------------------------------------|
| DESCRIÇÃO DA FUNÇÃO/COMPETÊNCIA<br><b>RESIDENTE</b> |                             |                                              |                                                      |
| DESCRIÇÃO DA ESPECIALIDADE (FORMAÇÃO)               |                             |                                              |                                                      |
| 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</b> |                                                      |
| MUNICÍPIO DA UNIDADE:                               |                             |                                              |                                                      |
| UNIDADE (LOTAÇÃO):                                  |                             |                                              |                                                      |
| CARGA HORÁRIA<br><b>60 HORAS SEMANAIS</b>           |                             |                                              |                                                      |

**DADOS DE CRÉDITO**

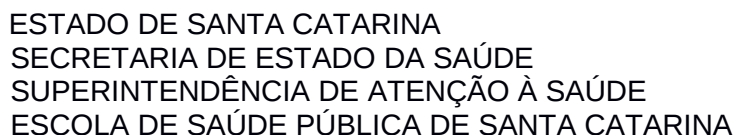
|       |         |                 |                                        |
|-------|---------|-----------------|----------------------------------------|
| BANCO | AGÊNCIA | NÚMERO DA CONTA | TIPO DE CONTA<br><b>CONTA CORRENTE</b> |
|-------|---------|-----------------|----------------------------------------|

**RESIDENTE**

|                |            |
|----------------|------------|
| DATA<br>/ /202 | ASSINATURA |
|----------------|------------|

**CENTRO DE ESTUDOS**

|                |                      |
|----------------|----------------------|
| DATA<br>/ /202 | CARIMBO E ASSINATURA |
|----------------|----------------------|



Eu, \_\_\_\_\_, carteira de identidade (RG) nº \_\_\_\_\_, inscrito (a) no CPF sob o nº \_\_\_\_\_, declaro optar pela participação no Processo Seletivo para Residente – Edital Nº 8/2026/SES, de acordo com a especificação assinalada abaixo:

( ) Pardo(a)

---

---

---

---

Declaro ainda estar ciente que:

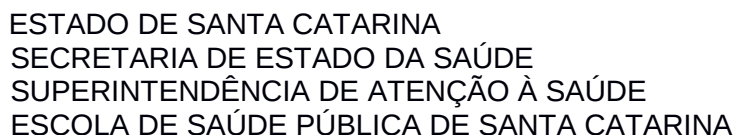
II – A presente autodeclaração e a fotografia por mim apresentada serão analisadas pela Comissão de Heteroidentificação e Verificação Documental, a qual poderá convocar-me para entrevista e avaliação presencial, conforme cronograma do edital.

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.

Assinatura do Candidato

39





Eu, \_\_\_\_\_, carteira de identidade (RG) nº \_\_\_\_\_, inscrito (a) no CPF sob o nº \_\_\_\_\_, declaro optar pela participação no Processo Seletivo para Residente – Edital Nº 8/2026/SES, de acordo com a especificação assinalada abaixo:

(\*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)).

I – As vagas reservadas aos povos originários, destinam-se aos candidatos indígenas.

II – A presente autodeclaração e os documentos por mim apresentadas serão analisadas pela Comissão de Heteroidentificação e Verificação Documental, conforme cronograma do edital.

III – Se no procedimento adotado pela Comissão de Heteroidentificação e Verificação Documental restar verificada a ocorrência de fraude e evidente má-fé na minha conduta, mediante apuração na qual me seja garantido o exercício do direito à recurso e ampla defesa, serei excluído do processo seletivo e tal fato comunicado ao Ministério Público.

Assinatura do Candidato



## ANEXO XII – AUTORIZAÇÃO DO 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 Residência em Área Profissional da Saúde – Edital nº  
8/2026/SES.

A presente autorização é concedida a título gratuito. Por esta ser a expressão da minha vontade  
declaro que autorizo o uso acima descrito sem que nada haja a ser reclamado a título de direitos  
conexos à minha imagem ou a qualquer outro, e assino a presente autorização.

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

\_\_\_\_\_  
(Assinatura)



### ANEXO XIII – SOLICITAÇÃO DE CONDIÇÃO ESPECIAL PARA A REALIZAÇÃO DA PROVA TEÓRICO-OBJETIVA

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 \_\_\_\_\_ solicito condição especial  
assinada abaixo para a realização da prova teórico-objetiva, conforme documentos comprobatórios  
encaminhados no ato de inscrição.

#### Necessidades Físicas:

- ☐ Apoio para perna
- ☐ Auxílio preenchimento da grade de respostas da prova teórico-objetiva
- ☐ Mesa e cadeira especial
- ☐ Uso de almofada

#### Necessidades Visuais:

- ☐ Auxílio preenchimento da grade de respostas da prova teórico-objetiva
- ☐ Ledor
- ☐ Uso de reglete ou lupa manual

#### Necessidades Auditivas:

- ☐ Leitura labial
- ☐ Prótese auditiva

#### Necessidades Complementares:

- ☐ Sala para amamentação
- ☐ Tempo adicional para a realização da prova

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

\_\_\_\_\_  
(Assinatura)



#### ANEXO XIV – REQUERIMENTO DE INCENTIVO PERMANÊNCIA

FONTE FINANCIADORA DA BOLSA: (    ) SES    (    ) MS

Eu, \_\_\_\_\_,  
inscrito (a) no CPF nº \_\_\_\_\_, candidato (a) matriculado no  
PRAPS \_\_\_\_\_ em \_\_\_\_\_ na  
Unidade \_\_\_\_\_, classificado (a) no Processo Seletivo  
para residência em área profissional de saúde nº \_\_\_\_\_, venho através deste termo

(    ) SOLICITAR INCENTIVO-PERMANÊNCIA no valor de 10% do valor da bolsa;

(    ) RENUNCIAR ao benefício do incentivo-permanência.

Declaro que até o presente momento não sou beneficiário com moradia ou auxílio-moradia concedido por nenhuma instituição ofertante do Programa de Residência. Estou ciente que:

a) para os bolsistas do Ministério da Saúde (MS) esta adesão deverá ser confirmada por meio do preenchimento da solicitação no sistema Sigresidências no momento do preenchimento dos dados pelo residente;

b) a prestação de informação falsa acarretará o cancelamento automático do auxílio-moradia e a obrigatoriedade de restituição integral dos valores recebidos indevidamente, sem prejuízo de outras sanções administrativas e cíveis cabíveis.

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

\_\_\_\_\_  
Assinatura do(a) Candidato(a)



## Assinaturas do documento



Código para verificação: **9UB7P2G5**

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



**DIOGO DEMARCHI SILVA** (CPF: 010.XXX.009-XX) em 27/02/2026 às 19:23:36

Emitido por: "AC SAFEWEB RFB v5", emitido em 24/10/2025 - 13:32:18 e válido até 23/10/2028 - 13:32:18.

(Assinatura ICP-Brasil)

Para verificar a autenticidade desta cópia, acesse o link <https://portal.sgpe.sea.sc.gov.br/portal-externo/conferencia-documento/U0VTXzcwNTIfMDAwNDg2NzVfNDkwNjRfMjAyNI85VUI3UDJHNQ==> ou o site

<https://portal.sgpe.sea.sc.gov.br/portal-externo> e informe o processo **SES 00048675/2026** e o código **9UB7P2G5** ou aponte a câmera para o QR Code presente nesta página para realizar a conferência.