



UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO - UERJ
CENTRO BIOMÉDICO
FACULDADE DE ENFERMAGEM
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM EM ESTOMATERAPIA



EDITAL 2019-2

CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM EM ESTOMATERAPIA - TURMA
2019.2
PÓS-GRADUAÇÃO LATO SENSU

A FACULDADE DE ENFERMAGEM DA UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO – UERJ, torna público o presente Edital, com normas, rotinas e procedimentos para ingresso no Curso de Especialização em Enfermagem em Estomaterapia para turma no início do 2º semestre do ano de 2019, para portadores de diplomas de Curso de Graduação Plena em Enfermagem, emitido por Instituição de Ensino Superior (IES) oficial ou reconhecido pelo Conselho Nacional de Educação (CNE) e inscrição no Conselho Regional de Enfermagem (COREN).

O Curso de Especialização em Enfermagem em Estomaterapia visa proporcionar qualificação profissional específica, a fim de atender a clientela, assegurando qualidade de assistência de enfermagem e será oferecido integralmente na modalidade presencial.

1 - PÚBLICO ALVO:

O Curso de Especialização em Enfermagem em Estomaterapia destina-se aos portadores de Diploma de curso de Graduação Plena em Enfermagem, emitido por Instituição de Ensino Superior (IES) oficial ou reconhecido pelo Conselho Nacional de Educação (CNE) e inscrição no Conselho Regional de Enfermagem (COREN).

2 - VAGAS OFERECIDAS:

Serão oferecidas 40 vagas, sendo 28 vagas não reservadas e 12 vagas reservadas ao grupo de cotas, conforme a Lei Estadual n 6.914/2014 disposta no item 2.1. O número total de vagas será distribuído em 20 vagas para cada turma.

- O nº mínimo de alunos para abertura de uma turma é de 08 (oito) alunos.
- Todos os candidatos serão submetidos a processo seletivo único.
- A Coordenação do Curso reserva-se o direito de não preencher o total de vagas oferecido.

2.1. DA REALIZAÇÃO:

2.1.1. Em cumprimento à Lei Estadual n 6.914/2014, que dispõe sobre o sistema de cotas para ingresso nos cursos de pós-graduação, mestrado, doutorado e especialização nas universidades públicas do Estado do Rio de Janeiro, fica reservado, para os candidatos comprovadamente carentes, um percentual máximo de 30% (trinta por cento) das vagas oferecidas (nova redação dada pela lei 6959/2015) na UERJ, distribuído pelos seguintes grupos de cotas:

- a) 12% (doze por cento) para estudantes graduados negros e indígenas;
- b) 12% (doze por cento) para graduados da rede pública e privada de ensino superior;
- c) 6% (seis por cento) para pessoas com deficiência, nos termos da legislação em vigor, filhos de policiais civis e militares, bombeiros militares e inspetores de segurança e administração penitenciária, mortos ou incapacitados em razão do serviço.

2.1.2. Em conformidade com a Leis Estaduais n. 5346/2008 e n 6.914/2014, entende-se por:

- a) negro e indígena: aquele que se autodeclarar como negro ou indígena;

- b) estudante carente graduado da rede privada de ensino superior, aquele que, para sua formação, foi beneficiário de bolsa de estudo do Fundo de Financiamento Estudantil - FIES, do Programa Universidade para Todos - PROUNI ou qualquer outro tipo de incentivo do governo;
 - c) estudante carente graduado da rede de ensino público superior entende-se como sendo aquele assim definido pela universidade pública estadual, que deverá levar em consideração o nível sócio econômico do candidato e disciplinar como se fará a prova dessa condição, valendo-se, para tanto, dos indicadores sócio econômicos utilizados por órgãos públicos oficiais;
 - d) pessoa com deficiência: aquela que atender as determinações estabelecidas na Lei Federal n 7853/1989 e pelos Decretos Federais n 3298/1999 e n 5296/2004;
 - e) filhos de policiais civis e militares, de bombeiros militares e de inspetores de segurança e administração penitenciária, mortos ou incapacitados em razão do serviço – aquele que apresentar a certidão de óbito juntamente com a decisão administrativa que reconheceu a morte em razão do serviço ou a decisão administrativa que reconheceu a incapacidade em razão do serviço, além da fotocópia autenticada do Diário Oficial com as referidas decisões administrativas.
- 2.1.3. O candidato às cotas reservadas para estudantes negros e indígenas, em caso de declaração falsa, estará sujeito às sanções penais, previstas no Decreto-lei n 2848/1940, Código Penal (artigos 171 e 299), administrativas (nulidade da matrícula, dentre outros) e civis (reparação ao erário), além das sanções previstas nas normas internas da UERJ.

3 - DA INSCRIÇÃO:

3.1. Período e Local das inscrições:

- 3.1.1. As inscrições serão realizadas no período de 12 de julho a 09 de agosto de 2019
- 3.1.2. As inscrições poderão ser realizadas presencialmente ou pela internet.
 - a) **PRESENCIALMENTE**, durante a semana, de segunda a sexta-feira, no horário de 9h as 15h na Secretaria da Coordenação de Pós-Graduação, situada no Boulevard 28 de Setembro, nº 157, sala 701, Bairro Vila Isabel, CEP 20551-030, Rio de Janeiro, RJ – Telefone(s): 2868-8236 ramais 212
 - b) **PELA INTERNET**, os candidatos poderão realizar a inscrição na modalidade não presencial, desde que **enviem escaneados a ficha de inscrição preenchida e assinada, e o comprovante de depósito da taxa de inscrição, com o nome do candidato.** Será necessário que o candidato envie o formulário de inscrição, e a taxa de inscrição paga através do endereço eletrônico: **<https://www.estomaterapiauerj.com.br/especializacao>**, no link da **Pós-graduação em Enfermagem em Estomaterapia – 2019.2**, utilizando preferencialmente os provedores Google Chrome ou Internet Explorer.
 - c) a inscrição também poderá ser feita com a designação de um portador que ficará responsável pela entrega da documentação e efetivação da inscrição, mediante autorização por escrito em instrumento particular no qual conste nome e RG do candidato e de seu representante.
- 3.1.3. Para efetuar sua inscrição o candidato deve:
 - a) certificar-se de que atende a todos os requisitos exigidos conforme item 2 do Edital em referência;
 - b) acessar o endereço eletrônico **<https://www.estomaterapiauerj.com.br/especializacao>**, no link Pós-graduação em Enfermagem em Estomaterapia – 2019.2, onde estará disponibilizado o Edital da seleção para download e impressão;
 - c) Imprimir a ficha de inscrição e preencher os dados solicitados;
 - d) O candidato deverá realizar depósito identificado com CPF, em espécie no guichê do caixa bancário no valor de R\$ 100,00 (cem reais), para o Banco Bradesco, Agência 6897-7, Conta Corrente 0036-1, CNPJ 33.540.014/0001-57, em favor do Curso de Pós-Graduação em Enfermagem em Estomaterapia.
 - e) **NÃO SERÃO ACEITOS COMPROVANTES SEM IDENTIFICAÇÃO DO CANDIDATO DEPOSITANTE.**
 - f) **NÃO SERÃO ACEITOS DEPÓSITOS EM CAIXA ELETRÔNICO.**
 - g) Escolher uma das formas de finalização da inscrição, descritas no item 3.1.2.

- h) De forma a evitar ônus desnecessário, o candidato deverá efetuar o pagamento da taxa de inscrição somente após tomar conhecimento de todos os requisitos e condições exigidas para o Concurso Público.

3.2.DOS DOCUMENTOS OBRIGATÓRIOS PARA A INSCRIÇÃO:

- 3.2.1. 02 (duas) fotos 3x4 coloridas, de data recente;
- 3.2.2. Cópia da Carteira de Identidade e do CPF;
- 3.2.3. Cópia frente e verso do Diploma de Graduação;
- a) candidatos cujos diplomas ainda não tiverem sido expedidos pela Instituição de Ensino Superior (IES) no ato da inscrição para o processo seletivo, poderão se inscrever, desde que apresentem declaração da IES indicando as datas de conclusão e colação de grau de curso de graduação plena.
- 3.2.4. Cópia do Histórico Escolar completo da graduação plena com a data de colação de grau;
- 3.2.5. *Curriculum Vitae*, com os devidos documentos comprobatórios, em 1 (uma) via.

Todos os documentos exigidos deverão ser entregues diretamente na Faculdade de Enfermagem da UERJ ou enviados por SEDEX 10, para o endereço: Boulevard, 28 de Setembro, 157, 7º andar, sala 701 Vila Isabel, Rio de Janeiro, RJ, CEP 20.551-970, até o último dia de inscrição.

- 3.2.6. adotar os seguintes procedimentos se desejar concorrer pelo sistema de cotas estabelecido na Lei Estadual nº 6914/2014:
- a) declarar a sua condição de carência socioeconômica e optar por um único grupo de cotas no requerimento de inscrição (em formulário próprio do curso);
- b) preencher, de acordo com as instruções específicas disponíveis, o Formulário de Informações Socioeconômicas (este formulário deverá ser o do anexo 3 do edital do vestibular 2015 e adaptado de acordo com as instruções específicas no anexo II) e entregá-lo, juntamente com a documentação comprobatória da carência econômica e da sua opção de cota, em envelope (as instruções e documentação específica para concorrer às vagas reservadas pela Lei Estadual nº 6914/2014 estão estabelecidas no formulário de informações socioeconômicas adaptado pelo curso);
- 3.2.7. Tomar ciência das normas do Edital;
- 3.2.8. Preencher, de acordo com as instruções específicas disponíveis, o requerimento de inscrição;
- 3.2.9. Apresentar os originais dos seguintes documentos pessoais: diploma da graduação, histórico escolar completo, CPF e carteira de identidade, para fins de conferência junto à Coordenação do Curso;
- 3.2.10. Candidatos estrangeiros deverão apresentar, adicionalmente, cópia do diploma de graduação plena e histórico escolar completo com vistos consulares brasileiros e tradução feita por tradutor público juramentado no Brasil e cópia do passaporte válido com visto de entrada no Brasil, se cabível;

Observações

- Candidatos estrangeiros deverão apresentar adicionalmente:

- Cópia do diploma de graduação plena e histórico escolar completo com vistos consulares brasileiros e tradução feita por tradutor público juramentada no Brasil;
- Cópia do passaporte válido com visto de entrada no Brasil, se cabível.

3.3.DA CONFIRMAÇÃO DA INSCRIÇÃO:

- 3.3.1. A Confirmação da Inscrição estará disponível no endereço eletrônico <https://www.estomaterapiauerj.com.br/especializacao>, no link Pós-Graduação em Enfermagem em Estomaterapia – 2019.2, está previsto para ser divulgado a partir das 14 horas do dia 05/08/2019.
- 3.3.2. É dever do candidato a conferência do nome na listagem, data, local da prova e horário de chegada na sala, previamente publicado na listagem de confirmação da inscrição.
- 3.3.3. Os candidatos que não apresentarem toda a documentação exigida serão eliminados do processo seletivo.

- 3.3.4. A divulgação do resultado da análise da documentação comprobatória do candidato que concorrer a vaga de cotista, de acordo com a Lei 6.914/14, será feita em data posterior à realização das provas, de acordo com o cronograma do concurso.

4 - DAS ETAPAS DO PROCESSO SELETIVO:

4.1. O processo seletivo será constituído das seguintes **etapas obrigatórias**:

4.1.1. Prova Escrita (caráter eliminatório), sem consulta, versando sobre a área de Enfermagem em Estomaterapia, de acordo com o programa identificado no Anexo I. A prova será composta de perguntas de múltipla escolha. A prova terá duração máxima de três horas, não sendo permitida a consulta de qualquer natureza;

4.1.2. Análise do Curriculum Vitae (CV) documentado (caráter classificatório). Nessa análise será levada em consideração a produção científica, técnica e atuação profissional do candidato, bem como seu desempenho durante a graduação. O modelo de CV a ser entregue pelo candidato encontra-se no Anexo II.

Candidatos estrangeiros prestarão adicionalmente exame de proficiência em Língua Portuguesa, exceto aqueles oriundos de países lusófonos;

DA PROVA ESCRITA:

- a) A prova objetiva a ser realizada em um único dia, será composta de uma única prova que valerá 10,0 (dez pontos).
- b) A prova constará de questões de múltipla escolha. As questões da prova objetiva terão quatro opções de resposta (A-B-C-D) e serão elaboradas de acordo com o conteúdo programático e as referências bibliográficas, que constam do Anexo I deste edital. Ao candidato só será permitida a realização das provas em data, local e horário informado no site da Faculdade de Enfermagem da UERJ ou em sua sede. Não haverá, portanto, segunda chamada das provas.
- c) Para a realização da prova, o candidato deverá apresentar o original de qualquer documento oficial de identificação com foto.
- d) Serão aceitos os documentos de identificação expedidos por Secretarias de Segurança Pública, Forças Armadas, Polícias Militares e demais órgãos legalmente habilitados para emissão de tais documentos, além da Carteira Nacional de Habilitação com foto, Passaporte e Carteira de Trabalho e Previdência Social.
- e) Não será aceita fotocópia do documento de identificação.
- f) Caso o candidato esteja impossibilitado de apresentar, no dia de realização das provas, o documento de identidade original, em virtude de roubo, furto ou perda, deverá apresentar documento que ateste o registro da ocorrência policial, expedido há, no máximo, 30 (trinta) dias. Nestes casos, o candidato será submetido à identificação especial (coleta de dados do candidato e assinatura) em formulário próprio.
- g) O candidato deverá comparecer ao local de prova, com pelo menos 60 minutos de antecedência do horário previsto. Não será permitida a entrada no local da realização da prova, após o início da mesma, neste caso, o candidato será considerado eliminado do processo seletivo para o Curso de Especialização em Enfermagem em Estomaterapia.
- h) O candidato não poderá alegar desconhecimento do local de realização da prova, data e horário como justificativa de sua ausência. O não comparecimento às provas, qualquer que seja o motivo alegado, caracterizará desistência do candidato.
- i) Os celulares, relógios (digitais e analógicos) e outros dispositivos eletrônicos serão obrigatoriamente desligados e ficarão de posse do candidato em envelope lacrado, para garantir a lisura do certame até a saída do candidato do local de prova. Caso o candidato se recuse a lacrar o celular, relógio ou outros dispositivos, viole o envelope sem autorização, ou ainda se o telefone celular tocar durante a realização da prova, o fato será registrado na Ata de Sala e o candidato será eliminado do certame.
- j) Para a realização da prova, deverá ser utilizada caneta esferográfica transparente azul ou preta.
- k) O cartão-resposta será considerado como documento único e definitivo para efeito de correção de questões objetivas, devendo ser assinado e preenchido corretamente pelo candidato, de acordo

com as instruções contidas na contracapa da prova, não sendo substituído em hipótese alguma por erro do candidato no preenchimento.

- l) Não haverá, qualquer que seja o motivo alegado, prorrogação do tempo previsto para a aplicação da prova em virtude de afastamento do candidato da sala de prova.
- m) Não será permitida, em hipótese alguma, consulta a livros, revistas, texto, notas, códigos, folhetos ou assemelhados. Tampouco será permitida a utilização de quaisquer aparelhos eletrônicos, tais como máquinas de calcular, agendas, relógios com calculadora, walkman, gravador, pager, palm top, I-pods, I-pads, telefone celular, receptores que possibilitem comunicações a distância, sob pena de eliminação.
- n) O candidato somente poderá se retirar do recinto das provas com a devida autorização da coordenação e acompanhamento de fiscal.
- o) Por motivo de segurança, os candidatos só poderão ausentar-se, definitivamente, do recinto das provas após 60 minutos contados a partir do seu efetivo início.
- p) Ao final das provas, os 3 (três) últimos candidatos só serão liberados após todos terem terminado ou encerrado o período de realização da prova, assinando a Ata de Prova, atestando, assim, a idoneidade da finalização da prova.
- q) A candidata que tiver necessidade de amamentar durante a realização da Prova, deverá levar acompanhante, que ficará responsável pela guarda do lactente, em sala especificamente destinada a tal fim. O tempo de realização da Prova não será estendido em função do afastamento da candidata para a amamentação. A amamentação se dará quando necessária, porém a candidata não terá a companhia do acompanhante nesse momento, mas sim de um fiscal.
- r) A realização da prova pelo candidato implicará no conhecimento e na aceitação das normas e condições estabelecidas neste Edital, não sendo aceita alegação de desconhecimento.

5 - CRITÉRIOS PARA APROVAÇÃO DO CANDIDATO:

5.1. Será considerado aprovado na prova escrita, o candidato que obtiver 50% (cinquenta por cento) de acertos.

5.2. Na análise do Curriculum Vitae será atribuída nota de 0,00 (zero) a 10,00 (dez).

5.3. Dos resultados das etapas da prova escrita e análise do Curriculum Vitae será extraída uma média ponderada final obtida pelo candidato, com peso 2 (dois) para a prova escrita, com peso 1 (um) para análise do Curriculum;

5.4. Será considerado aprovado o candidato que obtiver média final mínima 5,0 (cinco), considerada a ponderação indicada no subitem 5.3;

5.5. O candidato poderá ser aprovado, mas não selecionado;

5.6. A classificação final dos candidatos selecionados será divulgada em ordem decrescente em função da média final obtida pelo candidato.

5.7. No caso de empate na média final, a classificação dos candidatos será decidida com base nos seguintes critérios:

- Maior idade do candidato (art.27 da Lei 10.741/2003);
- Maior nota obtida na prova escrita;
- Atuação comprovada na área de Enfermagem em Estomaterapia;
- Experiência na área da Enfermagem hospitalar.

5.8. O candidato poderá ser aprovado, mas não selecionado se o número máximo de vagas tiver sido atingido.

5.9. A listagem do resultado final obedecerá a seguinte legenda:

SELECIONADO	Obteve a nota mínima exigida de acordo com o subitem 5.4 , e encontra-se dentro do nº de vagas;
APROVADO	Obteve a nota mínima exigida de acordo com o subitem 5.4 , mas não se encontra dentro do nº de vagas;
REPROVADO	Não obteve a nota mínima exigida de acordo com o subitem 5.4 ;
ELIMINADO	Faltou à Prova ou desistiu de prestar o Processo Seletivo Público ou não cumpriu as normas deste Edital.

6 - DA MATRÍCULA:

- 6.1 Terão direito à matrícula os candidatos aprovados e selecionados respeitados os limites de vagas estabelecidas pelo Curso.
- 6.2 No ato da matrícula o candidato deverá apresentar os originais dos documentos: diploma de graduação, histórico escolar completo, CPF e identidade, para fins de conferência junto à Coordenação do Curso. Nesse momento será necessária a apresentação do protocolo ou da inscrição no respectivo Conselho profissional.
- 6.3 Em caráter excepcional poderá ser aceita, provisoriamente, declaração de conclusão da graduação plena contendo data de colação de grau, mantendo-se a apresentação dos demais documentos previstos. A não apresentação do diploma de graduação plena, ou de qualquer outro documento aqui relacionado, durante o curso implicará o impedimento de entrega do Certificado de especialista.
- 6.4 A matrícula dos candidatos selecionados para Curso de Especialização em Enfermagem em Estomaterapia será realizada de 09/09/19 a 13/09/19 e 2ª a 6ª feira (dias úteis), das 9 às 15 horas, na secretaria da Faculdade de Enfermagem da UERJ. Haverá uma reclassificação conforme prazos estabelecidos no calendário de matrícula.
- 6.5 No ato da matrícula deverá ser apresentado o comprovante da primeira parcela do curso, no valor de R\$ 600,00 (seiscentos reais). Banco Bradesco, Agência 6897-7, Conta Corrente 0036-1, CNPJ 33.540.014/0001-57, em favor do Curso de Pós-Graduação em Enfermagem em Estomaterapia.
- 6.6 No ato da matrícula, o candidato deverá apresentar o formulário de matrícula devidamente preenchido e o comprovante de pagamento da primeira mensalidade.
- 6.7 Em caso de desistência da matrícula poderão ser convocados outros candidatos aprovados. A data para a reclassificação de candidatos encontra-se estabelecida no calendário deste edital.
- 6.8 Os seguintes documentos serão exigidos para estágio, no decorrer dos primeiros meses do curso:
- Carteira de vacinação atualizada com as seguintes vacinas, conforme estabelecido na NR-32: Dupla, Hepatite B, Febre Amarela e Tríplice Viral. (Original e cópia).
 - Marcador anti-HBs (original e cópia)
 - Seguro contra acidentes pessoais
 - Carteira de identidade profissional (Conselho Regional)

7 - CALENDÁRIO:

INSCRIÇÃO	PERÍODO	HORÁRIO	LOCAL
Período de Inscrições, entrega dos títulos e documentação	12.07.2019 a 09.08.2019 (dias úteis)	On line Ou 9h às 15h	https://www.estomaterapiauerj.com.br/especializacao Link Pós-graduação em Enfermagem em Estomaterapia- 2019.2 Faculdade de Enfermagem da UERJ Boulevard, 28 de Setembro, 157, 7º andar – sala 701, Bairro: Vila Isabel
Solicitação para reserva de vagas pelo sistema de Cotas e envio da documentação	12.07.2019 a 09.08.2019 (dias úteis)		Faculdade de Enfermagem da UERJ Boulevard, 28 de Setembro, 157, 7º andar – sala 701, Bairro: Vila Isabel
Período de solicitação de isenção de taxa de inscrição e entrega da documentação	12.07.2019 a 16.07.2019	9h às 12h	Faculdade de Enfermagem da UERJ Boulevard, 28 de Setembro, 157, 7º andar – sala 701, Bairro: Vila Isabel
Resultado da solicitação de isenção de taxa de inscrição	18.07.2019	a partir das 14 horas	Faculdade de Enfermagem da UERJ Boulevard, 28 de Setembro, 157, 7º andar – sala 701, Bairro: Vila Isabel

			https://www.estomaterapiauerj.com.br/especializacao <i>Link</i> Pós-graduação em Enfermagem em Estomaterapia– 2019.2
Recurso ao indeferimento da solicitação da isenção da taxa de inscrição	19.07.2019	9h às 12h	Faculdade de Enfermagem da UERJ Boulevard, 28 de Setembro, 157, 7º andar – sala 701, Bairro: Vila Isabel
Resposta ao recurso do indeferimento da solicitação da taxa de inscrição	22.07.2019	a partir das 14 horas	https://www.estomaterapiauerj.com.br/especializacao <i>Link</i> Pós-graduação em Enfermagem em Estomaterapia– 2019.2
Publicação dos Candidatos aptos para a realização da Prova Escrita	19.08.2019	a partir das 14 horas	https://www.estomaterapiauerj.com.br/especializacao <i>Link</i> Pós-graduação em Enfermagem em Estomaterapia– 2019.2 Faculdade de Enfermagem da UERJ Boulevard, 28 de Setembro, 157, 7º andar – sala 701, Bairro: Vila Isabel
PROVA ESCRITA (data provável)	30.08.2019 (sexta-feira)	9h às 12h	Faculdade de Enfermagem da UERJ Boulevard, 28 de Setembro, 157, 7º andar – sala 701, Bairro: Vila Isabel – sala a ser definida
Divulgação do gabarito da prova escrita	30.08.2019	a partir das 14 horas	https://www.estomaterapiauerj.com.br/especializacao <i>Link</i> Pós-graduação em Enfermagem em Estomaterapia– 2019.2
Recurso ao resultado da prova escrita	02.09.2019	9h às 12h	e-mail: estomaterapiauerj@gmail.com ou Faculdade de Enfermagem da UERJ Boulevard, 28 de Setembro, 157, 7º andar – sala 701, Bairro: Vila Isabel
Resultado do recurso	03.09.2019	a partir das 14 horas	Faculdade de Enfermagem da UERJ Boulevard, 28 de Setembro, 157, 7º andar – sala 701, Bairro: Vila Isabel
Resultado da análise dos documentos comprobatórios de candidatos cotistas	03.09.2019	a partir das 14 horas	https://www.estomaterapiauerj.com.br/especializacao <i>Link</i> Pós-graduação em Enfermagem em Estomaterapia– 2019.2 Faculdade de Enfermagem da UERJ Boulevard, 28 de Setembro, 157, 7º andar – sala 701, Bairro: Vila Isabel
Solicitação de Recurso do Resultado da Análise da Documentação Comprobatória dos Candidatos Cotistas	04.09.2019 a 05.09.2019	9h às 12h	Faculdade de Enfermagem da UERJ Boulevard, 28 de Setembro, 157, 7º andar – sala 701, Bairro: Vila Isabel
Divulgação do Resultado do Recurso da Análise da Documentação Comprobatória dos Candidatos Cotistas	06.09.2019	a partir das 14 horas	https://www.estomaterapiauerj.com.br/especializacao <i>Link</i> Pós-graduação em Enfermagem em Estomaterapia– 2019.2 Faculdade de Enfermagem da UERJ

			Boulevard, 28 de Setembro, 157, 7º andar – sala 701, Bairro: Vila Isabel
Divulgação do resultado final	06.09.2019	a partir das 14 horas	https://www.estomaterapiauerj.com.br/especializacao <i>Link</i> Pós-graduação em Enfermagem em Estomaterapia– 2018.2 Faculdade de Enfermagem da UERJ Boulevard, 28 de Setembro, 157, 7º andar – sala 701, Bairro: Vila Isabel
Período de Matrícula	09.09.2019 a 13.09.2019 (dias úteis)	09h00 - 15h00	Secretaria da Coordenação de Ensino de Pós-Graduação Sala 701 Faculdade de Enfermagem UERJ Edifício Paulo de Carvalho Boulevard 28 de Setembro, 157 / 7º andar - Vila Isabel
Divulgação de lista de candidatos para reclassificação	16.09.2019	A partir das 14h	https://www.estomaterapiauerj.com.br/especializacao <i>Link</i> Pós-graduação em Enfermagem em Estomaterapia– 2018.2 Ou Secretaria da Coordenação de Ensino de Pós-Graduação Sala 701 Faculdade de Enfermagem UERJ Edifício Paulo de Carvalho Boulevard 28 de Setembro, 157 / 7º andar - Vila Isabel
Matrícula dos candidatos reclassificados	17.09.2019 a 20.09.2019	9h00-15h00	Secretaria da Coordenação de Ensino de Pós-Graduação Sala 701 Faculdade de Enfermagem UERJ Edifício Paulo de Carvalho Boulevard 28 de Setembro, 157 / 7º andar - Vila Isabel
Início das aulas	21.09.2019	8h – 17 horas (sábado)	Faculdade de Enfermagem UERJ Edifício Paulo de Carvalho Boulevard 28 de Setembro, 157 / 7º andar - Vila Isabel

OBS.: O calendário poderá ser ajustado ao longo do processo, com aviso prévio, conforme necessidade.

8 - DISPOSIÇÕES GERAIS:

- 8.1. A inscrição do candidato implicará conhecimento e aceitação das normas e condições estabelecidas neste Edital, não sendo aceita alegação de desconhecimento.
- 8.2. O período de realização do curso será de setembro de 2019 a Novembro de 2020, sempre aos sábados das 8h as 17h na Faculdade de Enfermagem da UERJ. É de responsabilidade do candidato, no dia previsto em Edital, buscar informações acerca dos resultados de todas as etapas do processo seletivo, não haverá divulgação de resultados por telefone.

- 8.3. O exame de seleção só terá validade para o Curso que será iniciado no segundo semestre 2019. Havendo desistência após o início das atividades didático-pedagógicas não haverá chamada para novos candidatos aprovados e não selecionados, fora do calendário de reclassificação.
- 8.4. Ao candidato será facultado o recurso da Prova escrita e para tal no recurso, deverá constar a indicação precisa daquilo em que o candidato se julgar prejudicado, tomando por base apenas as referências bibliográficas constantes do Anexo II, com indicação obrigatória do(s) título(s) da(s) referência(s), do(s) capítulo(s) e da(s) página(s) onde o fundamento do recurso é encontrado.
- 8.5. Não serão aceitos recursos por via postal, telegrama, e-mail ou qualquer outro meio que não seja o especificado neste Edital, qual seja o site da FACENF, disponível 24 horas por dia no período de solicitação do recurso.
- 8.6. Não será permitido o bloqueio de vagas para a prestação do Serviço Militar.
- 8.7. A Faculdade de Enfermagem da UERJ divulgará sempre que necessário, editais, normas complementares, retificações e avisos oficiais sobre a seleção, que passarão a integrar o presente Edital.
- 8.8. A Faculdade de Enfermagem da UERJ, não se responsabiliza por cursos, textos, apostilas e outras publicações referentes a esta seleção.
- 8.10. A prova terá duração de 3 (três) horas e o candidato não poderá se ausentar da sala para comprar água ou alimentos. Assim, na sala de realização da prova, será permitida a entrada de garrafas de água, biscoitos, barras de cereais, balas e assemelhados, juntamente com saco plástico (ou similar) para a coleta de descartes.
- 8.11. As importâncias pagas não serão devolvidas quaisquer que sejam os motivos alegados.
- 8.12. Havendo desistência após o início das atividades didático-pedagógicas não haverá chamada para novos candidatos aprovados e não selecionados, fora do calendário de reclassificação.
- 8.13. Duração do curso: para sua integralização, o aluno deverá cumprir carga horária total de 375 horas/aula, correspondentes a 25 (vinte e cinco) créditos, durante quatro semestres letivos consecutivos e apresentar a monografia na disciplina de Metodologia da Pesquisa.
- 8.14. O aluno deverá apresentar disponibilidade de horário de acordo com o calendário previsto para realizar as atividades tanto práticas como teóricas.
- 8.15. Os casos omissos no presente edital serão resolvidos pela Coordenação do Curso, não cabendo recursos das suas decisões.
- 8.16. Mensalidades: o valor total do Curso é de R\$ 8.400,00 (oito mil e quatrocentos reais), correspondentes a 14 mensalidades de R\$ 600,00 sendo a primeira a ser paga no momento da sua matrícula no curso.
- 8.17. A documentação dos candidatos não selecionados no processo seletivo ficará à disposição dos respectivos interessados para retirada, na Faculdade de Enfermagem da UERJ, situado à Boulevard 28 de Setembro, 157, 7º andar, sala 701, Vila Isabel, por um prazo não superior a 30 (trinta) dias, a contar da divulgação do Resultado Final da Seleção. Após esse prazo, os documentos restantes serão incinerados.

INFORMAÇÕES

Coordenação do Curso: Norma Valéria Dantas de Oliveira Souza
Universidade do Estado do Rio de Janeiro
Boulevard 28 de Setembro, 157 sala 701 Vila Isabel Rio de Janeiro, RJ
CEP 20551-030
Telefone(s): (21) 2868-8236 ramal 212
E-mail: estomaterapiauerj@gmail.com

Rio de Janeiro, 13 de junho de 2019.

Norma Valéria Dantas de Oliveira Souza
Diretora da Faculdade de Enfermagem da UERJ

ANEXO I PROGRAMA DA PROVA E REFERÊNCIAS RECOMENDADAS

PROGRAMA DO CURSO:

1. Fundamentos da Assistência de Enfermagem no Manejo das estomias, feridas e incontinências, urinária e anal no:
 - Aparelho tegumentar;
 - Aparelho urinário;
 - Aparelho digestivo;
 - Aparelho respiratório;

2. Suportes Assistenciais em Enfermagem em Estomaterapia;
 - Suporte anatômico;
 - Suporte fisiológico;
 - Suporte nutricional;

 - Suporte psicossocial;

3. Procedimentos Técnicos de Enfermagem em Estomaterapia;

REFERÊNCIA RECOMENDADA:

- 1- BRUNNER & SUDDARTH- Tratado de Enfermagem Medico-Cirúrgica. Rio de Janeiro. Guanabara Koggan.13ªed.2015

ANEXO II

MODELO DE CURRICULUM VITAE

CANDIDATO:

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO		
Nome:		
Idade:		
Coren:		
Endereço:		
QUALIFICAÇÃO ACADEMICA	VALOR DO ITEM	VALOR OBTIDO
Curso de especialização em outra área do conhecimento	1,0	
Cursos de atualização na área de estomaterapia	1,5	
Cursos de extensão diversos (até 5 cursos)	0,5	
SUB-TOTAL	(3,0)	
EXPERIENCIA PROFISSIONAL ASSISTENCIAL		
Experiência na área de estomaterapia	2,0	
Residência na área médico-cirúrgico	1,0	
Experiência hospitalar	1,5	
SUB-TOTAL	(4,5)	
EXPERIENCIA NO ENSINO		
Experiência no ensino médio	0,25	
Experiência como contrato provisório-UERJ	0,25	
Experiência em outra universidade	0,25	
Experiência em treinamentos de atualização (até três)	0,25	
SUB-TOTAL	(1,0)	
PRODUÇÃO CIENTIFICA		
Publicações de artigos, textos, capítulos de livros	0,5	
Apresentações de trabalhos em congressos	0,25	
Palestrante em eventos científicos	0,25	
Organização de eventos profissionais	0,25	
Participação em eventos científicos nas áreas da estomaterapia	0,25	
SUB-TOTAL	(1,5)	
TOTAL	10,0	

ANEXO III

UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

FACULDADE DE ENFERMAGEM

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA FINANCEIRA

Nos termos do Edital do Processo Seletivo para o Curso de Especialização em Enfermagem em Estomaterapia (Turma 2019.2), solicito a isenção do pagamento da taxa de inscrição, conforme segue abaixo:

Nome do Candidato: _____
 Registro de Identidade: N° _____
 Cadastro de Pessoa Física (CPF): N° _____
 Endereço: _____
 Bairro: _____ CEP: _____ Telefones: _____
 Email: _____

Possui CADÚNICO (Cadastro Único para Programas Sociais)? () SIM () NÃO
 N° NIS (Número de Identificação Social) _____

COMPOSIÇÃO FAMILIAR – Informe todas as pessoas que residem no mesmo endereço do candidato e suas respectivas rendas/pensão etc.

Nome	CPF	PARENTESCO	RENDA MENSAL

ATENÇÃO: Anexar, OBRIGATORIAMENTE, a cópia dos documentos (listados abaixo) do candidato e de TODOS os membros mencionados na composição familiar.

1. CPF e RG;
2. Declaração de Imposto de Renda ou Autodeclaração de Isenção;
3. Carteira de Trabalho ou comprovante de vínculo empregatício;
4. Contracheque (3 últimos) e/ou documento de comprovação de renda;
5. Comprovante de pensão e outros rendimentos;
6. Autodeclaração para as situações que não possam ser comprovadas com os documentos acima;
7. CADUNICO – declaração atualizada do Departamento de Cadastro Único com relação à situação atual do perfil de renda.

Declaro:



1. Serem verdadeiras as informações aqui apresentadas, para efeito de concessão de isenção de pagamento de taxa de inscrição do processo seletivo para provimento conforme consta no Edital/Regulamento do referido concurso;
2. Ter ciência de que a falsidade das declarações, sob as penas da lei, acarretará na perda dos direitos decorrentes da inscrição;
3. E que atendo às condições e aos requisitos estabelecidos para esta solicitação.

DATA: _____ ASSINATURA: _____

Formulário de Informação Socio Econômicas para cotistas

- Declaração de cota para indígena
- Declaração de cota para negro
- Declaração de documento em nome de terceiros
- Declaração de desemprego
- Declaração de imóvel cedido
- Declaração de imóvel de posse ou ocupação
- Declaração de moradia em local de trabalho
- Declaração de pagamento de pensão alimentícia
- Declaração de renda para trabalhador

ANEXO 4 – INFORMAÇÕES SOCIOECONOMICAS

 <p style="text-align: center;">UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO – UERJ FACULDADE DE ENFERMAGEM PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM EM ESTOMATERAPIA ANEXO – INFORMAÇÕES SOCIOECONÔMICAS (candidatura para o sistema de cotas)</p>	
---	---

DADOS PESSOAIS:

Nome: _____

Nome Social, se for usá-lo: _____

Estado Civil: solteiro casado outro: _____**Tipo de cota que deseja concorrer dentro da Lei nº 6914/2014, graduado:**

- Rede Pública de Ensino Superior e/ou Rede Privada de Ensino Superior (beneficiário FIES, PROUNI ...)
- Negro/Indígena
- Deficiência (Lei Federal nº 7853/1989 e Decretos Federais nº 3298/1999 e nº 5296/2004) e para filhos de policiais civis e militares, de bombeiros militares e de inspetores de segurança e administração penitenciária, mortos ou incapacitados em razão do serviço.

Situação do Imóvel:

- imóvel próprio imóvel alugado imóvel cedido
- imóvel próprio em financiamento imóvel de posse ou ocupação
- residência em hotel, pensão ou alojamento residência no local de trabalho
- outra situação de moradia (especificar): _____

Situação do IPTU: recebe cobrança não recebe cobrançaSituação do DITR: recebe cobrança não recebe cobrança**Fornecimento de energia elétrica:**

- possui fornecimento individual de energia elétrica
- não possui fornecimento individual de energia elétrica

QUADRO DE COMPOSIÇÃO FAMILIAR E COMPROVAÇÃO DE RENDA

Número de pessoas que moram na mesma casa com candidato: _____

Candidato:

Idade: _____ anos

Tipo de Declaração de Renda: isento não isento

Renda R\$: _____

- aposentado, pensionista e beneficiário de auxílio-doença e outros benefícios
- aposentado, pensionista da administração pública
- recebimento de pensão alimentícia

Continua...

- trabalhador do mercado formal
 trabalhador do mercado informal, autônomo e profissional liberal
 proprietário ou pessoa com participação em cotas de empresas ou microempresas
 desempregado
 nunca trabalhou, estudante e donas de casa (maiores de 18 anos)

Familiar 1:

Nome: _____

Idade: _____ anos

Grau de parentesco: _____

Renda R\$: _____ Tipo de Declaração de Renda: isento não isento

- aposentado, pensionista e beneficiário de auxílio-doença e outros benefícios
 aposentado, pensionista da administração pública
 recebimento de pensão alimentícia
 trabalhador do mercado formal
 trabalhador do mercado informal, autônomo e profissional liberal
 proprietário ou pessoa com participação em cotas de empresas ou microempresas
 desempregado
 nunca trabalhou, estudante e donas de casa (maiores de 18 anos)

Familiar 2:

Nome: _____

Idade: _____ anos

Grau de parentesco: _____

Renda R\$: _____ Tipo de Declaração de Renda: isento não isento

- aposentado, pensionista e beneficiário de auxílio-doença e outros benefícios
 aposentado, pensionista da administração pública
 recebimento de pensão alimentícia
 trabalhador do mercado formal
 trabalhador do mercado informal, autônomo e profissional liberal
 proprietário ou pessoa com participação em cotas de empresas ou microempresas
 desempregado
 nunca trabalhou, estudante e donas de casa (maiores de 18 anos)

Familiar 3:

Nome: _____

Idade: _____ anos

Grau de parentesco: _____

Renda R\$: _____ Tipo de Declaração de Renda: isento não isento

- aposentado, pensionista e beneficiário de auxílio-doença e outros benefícios
- aposentado, pensionista da administração pública
- recebimento de pensão alimentícia
- trabalhador do mercado formal
- trabalhador do mercado informal, autônomo e profissional liberal
- proprietário ou pessoa com participação em cotas de empresas ou microempresas
- desempregado
- nunca trabalhou, estudante e donas de casa (maiores de 18 anos)

Familiar 4:

Nome: _____

Idade: _____ anos

Grau de parentesco: _____

Renda R\$: _____ Tipo de Declaração de Renda: isento não isento

- aposentado, pensionista e beneficiário de auxílio-doença e outros benefícios
- aposentado, pensionista da administração pública
- recebimento de pensão alimentícia
- trabalhador do mercado formal
- trabalhador do mercado informal, autônomo e profissional liberal
- proprietário ou pessoa com participação em cotas de empresas ou microempresas
- desempregado
- nunca trabalhou, estudante e donas de casa (maiores de 18 anos)

Familiar 5:

Nome: _____

Idade: _____ anos

Grau de parentesco: _____

Continua...

Renda R\$: _____ Tipo de Declaração de Renda: isento não isento

- aposentado, pensionista e beneficiário de auxílio-doença e outros benefícios
- aposentado, pensionista da administração pública
- recebimento de pensão alimentícia
- trabalhador do mercado formal
- trabalhador do mercado informal, autônomo e profissional liberal
- proprietário ou pessoa com participação em cotas de empresas ou microempresas
- desempregado
- nunca trabalhou, estudante e donas de casa (maiores de 18 anos)

Familiar 6:

Nome: _____

Idade: _____ anos

Grau de parentesco: _____

Renda R\$: _____ Tipo de Declaração de Renda: isento não isento

- aposentado, pensionista e beneficiário de auxílio-doença e outros benefícios
- aposentado, pensionista da administração pública
- recebimento de pensão alimentícia
- trabalhador do mercado formal
- trabalhador do mercado informal, autônomo e profissional liberal
- proprietário ou pessoa com participação em cotas de empresas ou microempresas
- desempregado
- nunca trabalhou, estudante e donas de casa (maiores de 18 anos)

Assinatura: _____

Data: _____

ANEXO 4 – FORMULÁRIO DE AUTODECLARAÇÃO DE ORIGEM INDÍGENA
(candidatura para o sistema cotas)

Foto
colorida
3x4

DECLARAÇÃO

De acordo com a Lei Estadual nº 6914/58014, eu, _____
_____, inscrito no processo seletivo do curso de Pós-Graduação em Enfermagem em Estomaterapia, para o ano de 2019.2 sob o número de Inscrição _____, declaro, sob pena das sanções penais previstas no Decreto-lei nº 2848/1940 (Código Penal, artigos 171 e 299), administrativas (nulidade de matrícula, dentre outros) e civis (reparação ao erário), além das sanções previstas nas normas internas da UERJ, identificar-me como indígena.

Informo a seguir o(s) critério(s) utilizado(s) para me autodeclarar indígena.

Etnia ou povo a que pertença. Especifique: _____

Origem familiar/antepassados. Especifique: _____

Outros. Especifique: _____

Declaro, ainda, estar ciente de que, após matriculado na UERJ, poderei ser convocado por comissões específicas da Universidade para verificação da afirmação contida na presente declaração.

(Data e assinatura do candidato)

**ANEXO 4 – FORMULÁRIO DE AUTODECLARAÇÃO DE RAÇA NEGRA
(candidatos de reserva de vagas)**

Foto
colorida
3x4

DECLARAÇÃO

De acordo com a Lei Estadual nº 6914/2014, eu, _____
_____, inscrito no processo seletivo do curso de de Pós- Graduação em Enfermagem em
Estomaterapia, para o ano de 2019.2 sob o número de Inscrição _____, declaro, sob pena das sanções
penais previstas no Decreto-lei nº 2848/1940 (Código Penal, artigos 171 e 299), administrativas (nulidade de
matrícula, dentre outros) e civis (reparação ao erário), além das sanções previstas nas normas internas da UERJ,
identificar-me como negro.

Informo a seguir o(s) critério(s) utilizado(s) para me autodeclarar negro.

Características físicas. Especifique: _____

Origem familiar/antepassados. Especifique: _____

Outros. Especifique: _____

Declaro, ainda, estar ciente de que, após matriculado na UERJ, poderei ser convocado por comissões específicas da
Universidade para verificação da afirmação contida na presente declaração.

(Data e assinatura do candidato)

ANEXO 4 – FORMULÁRIO DE AUTODECLARAÇÃO DE DESEMPREGO
(candidatos de reserva de vagas)

Eu, _____ (nome completo do(a) candidato(a)), portador(a) da carteira de identidade nº _____, órgão de expedição _____ e do CPF nº _____ declaro para os devidos fins e com anuência das duas testemunhas abaixo qualificadas e assinadas, que todo o meu grupo familiar está desempregado desde _____ (período).

Acrescento ainda que temos mantido nossas necessidades financeiras da seguinte maneira:

(explicar como tem mantido as necessidades financeiras e o valor desta manutenção).

Rio de Janeiro, ____/____/____.

Assinatura do declarante

1ª Testemunha: _____
(nome completo, CPF, RG e assinatura)

2ª Testemunha: _____
(nome completo, CPF, RG e assinatura)

Obs: Esta declaração é válida para os casos em que **TODO** o grupo familiar estiver em situação de desemprego.

OBS: É obrigatório o envio da fotocópia da carteira de identidade e do CPF de cada uma das testemunhas.

**ANEXO 4 – FORMULÁRIO DE AUTODECLARAÇÃO DE DOCUMENTO EM NOME
DE TERCEIROS**
(candidatura para o sistema cotas)

Eu, _____ (nome completo do candidato(a)), candidato ao processo seletivo do curso de Pós-Graduação em Estomaterapia, para o ano de 2019.2, declaro para os devidos fins, e com anuência das duas testemunhas abaixo qualificadas e assinadas, que o documento _____ (especificar o documento) encontra-se em nome de _____ (nome do titular do documento), _____ do candidato(a) em questão, (grau de parentesco com o candidato(a)) por _____ (preencher com o motivo pelo qual o referido documento se encontra em nome de terceiros).

Rio de Janeiro, ____ / ____ / _____

Assinatura do declarante

1ª Testemunha: _____

(nome completo, CPF, RG e assinatura)

2ª Testemunha: _____

(nome completo, CPF, RG e assinatura)

OBS: É obrigatório o envio da fotocópia da carteira de identidade e do CPF de cada uma das testemunhas.

**ANEXO 4 – FORMULÁRIO DE AUTODECLARAÇÃO DE IMÓVEL CEDIDO
(candidatura para o sistema cotas)**

Eu, _____ (nome completo do declarante), _____ (estado civil do declarante), _____ (grau de parentesco com o candidato(a)) do candidato ao processo seletivo ao Curso de Pós-Graduação em Enfermagem em Estomaterapia– Turma 2019.2, _____ (nome completo do candidato), portador da carteira de identidade nº _____, órgão de expedição _____ e do CPF nº _____, declaro para os devidos fins, e com anuência das duas testemunhas abaixo qualificadas e assinadas, que CEDI o imóvel situado na

_____(en-
dereço completo) para _____ (nome completo da pessoa beneficiada).

Rio de Janeiro, ____ / ____ / _____

Assinatura do declarante

1ª Testemunha: _____
(nome completo, CPF, RG e assinatura)

2ª Testemunha: _____
(nome completo, CPF, RG e assinatura)

OBS: É obrigatório o envio da fotocópia da carteira de identidade e do CPF de cada uma das testemunhas.

ANEXO 4 – FORMULÁRIO DE AUTODECLARAÇÃO DE CESSÃO DE POSSE OU OCUPAÇÃO
(candidatura para o sistema cotas)

Eu, _____ (nome completo do declarante), _____ (estado civil do declarante), _____ (grau de parentesco com o candidato(a)) do candidato ao processo seletivo do curso de Pós-Graduação em Enfermagem em Estomaterapia – Turma 2019.2, _____ (nome completo do candidato), portador da carteira de identidade nº _____, órgão de expedição _____ e do CPF nº _____, declaro para os devidos fins, e com anuência das duas testemunhas abaixo qualificadas e assinadas, que o imóvel situado na _____ (em endereço completo) trata-se de posse ou ocupação.

Rio de Janeiro, ____ / ____ / _____

Assinatura do declarante

1ª Testemunha: _____
(nome completo, CPF, RG e assinatura)

2ª Testemunha: _____
(nome completo, CPF, RG e assinatura)

OBS: É obrigatório o envio da fotocópia da carteira de identidade e do CPF de cada uma das testemunhas.

**ANEXO 4 – FORMULÁRIO DE AUTODECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA EM LOCAL
DE TRABALHO**
(candidatura para o sistema cotas)

Eu, _____ (nome completo do empregador ou representante), portador da carteira de identidade nº _____, órgão de expedição _____ e do CPF nº _____, declaro para os devidos fins, e com anuência das duas testemunhas abaixo qualificadas e assinadas, que _____ (nome completo do empregado) reside em seu local de trabalho, situado na _____ (endereço completo).

Rio de Janeiro, ____ / ____ / _____

Assinatura do declarante

1ª Testemunha: _____
(nome completo, CPF, RG e assinatura)

2ª Testemunha: _____
(nome completo, CPF, RG e assinatura)

OBS: É obrigatório o envio da fotocópia da carteira de identidade e do CPF de cada uma das testemunhas.

ANEXO 4 – FORMULÁRIO DE AUTODECLARAÇÃO DE PAGAMENTO DE PENSÃO ALIMENTÍCIA
(candidatura para o sistema de cotas)

Eu, _____ (nome completo do provedor), _____ (estado civil do provedor), _____ (grau de parentesco com o candidato(a)) do candidato ao processo seletivo do curso de Pós-Graduação em Enfermagem em Estomaterapia – Turma 2019.2, _____ (nome completo do candidato), portador da carteira de identidade nº _____, órgão de expedição _____ e do CPF nº _____, por não possuir outra forma de comprovação, declaro para os devidos fins, e com anuência das duas testemunhas abaixo qualificadas e assinadas, que pago pensão alimentícia, no valor de R\$ _____ (_____) (escrever por extenso o valor) à _____ (nome de quem recebe a pensão).

Rio de Janeiro, ____ / ____ / _____

Assinatura do declarante

1ª Testemunha: _____
(nome completo, CPF, RG e assinatura)

2ª Testemunha: _____
(nome completo, CPF, RG e assinatura)

OBS: É obrigatório o envio da fotocópia da carteira de identidade e do CPF de cada uma das testemunhas.

**ANEXO 5 – FORMULÁRIO DE AUTODECLARAÇÃO DE RENDA
(se o preenchimento foi feito pelo trabalhador)**

Eu, _____ (nome completo do declarante), _____ (estado civil do declarante), _____ (grau de parentesco com o candidato(a)) do candidato(a) ao processo seletivo do curso de Pós-Graduação em Enfermagem em Estomaterapia – Turma 2019.2, _____ (nome completo do candidato(a)), portador da carteira de identidade nº _____, órgão de expedição _____ e do CPF nº _____, por não possuir outra forma de comprovação de renda, declaro para os devidos fins, e com anuência das duas testemunhas abaixo qualificadas e assinadas, que exerço a função de _____, com renda mensal bruta de R\$ _____ (_____)

(escrever por extenso o valor).

Rio de Janeiro, ____ / ____ / _____

Assinatura do declarante

1ª Testemunha: _____
(nome completo, CPF, RG e assinatura)

2ª Testemunha: _____
(nome completo, CPF, RG e assinatura)

OBS: É obrigatório o envio da fotocópia da carteira de identidade e do CPF de cada uma das testemunhas.