



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

## **SOBRE O PROCESSO SELETIVO PARA VAGAS NA PÓS-GRADUAÇÃO LATO-SENSU NA UERJ**

Durante a pandemia de COVID-19, com a suspensão das atividades presenciais não-essenciais, todo processo seletivo para entrada em cursos lato-sensu da Uerj deve ser realizado sem gerar aglomerações. Assim, são recomendados processos seletivos remotos, baseados em análise de projetos, de memoriais, análise de curriculum vitae. As inscrições também devem ser realizadas online, por upload dos documentos na página do curso ou por envio dos documentos por email. Há necessidade de reserva de vagas em todos os editais de seleção à pós-graduação, incluindo as turmas organizadas por convênios, seja em rede nacional ou não, mesmo que todos os candidatos sejam profissionais empregados e com salário. Os editais devem incluir a previsão do percentual legal de cotas sobre o total de vagas do Programa e os 30% referentes às cotas devem ser aplicados ao total de vagas do Edital. Em relação ao número mínimo de vagas para aplicação das cotas, seguem abaixo orientações específicas recebidas que fundamentam a decisão sobre este e outros pontos:

### **Sobre número mínimo de vagas:**

“Embora a Lei n. 6.914/2014, que regulamenta especificamente a reserva de vagas em cursos de pós graduação não faça menção expressa aos critérios de quantificação de vagas para cotistas, podemos aplicar por analogia a Lei n. 6.740/2014, que dispõe sobre a reserva de vagas nos concursos públicos do Estado do Rio de Janeiro. Essa lei estabelece que “se, na apuração do número de vagas reservadas a negros e índios, resultar número decimal igual ou maior do que 0,5 (meio), adotar-se-á o número inteiro imediatamente superior; se menor do que 0,5 (meio), adotar-se-á o número inteiro imediatamente inferior”. É o mesmo critério utilizado pela legislação federal acerca do tema, ressaltando que nesta esfera, o legislador impõe um número mínimo de três vagas para este fim”.

### **Sobre cotas nos Cursos por demanda ou convênios**

“A Lei n. 6914/2014, que institui o sistema de cotas para ingresso nos cursos de pós graduação, estabelece o seguinte:

Art. 6º - Aplicar-se-ão as disposições contidas nesta Lei aos cursos oferecidos em parceria com fundações públicas, privadas ou entidades sem fins lucrativos, celebrados mediante convênio ou através de subsídios.

O edital deve conter a reserva de vagas nos termos da Lei. Se no caso concreto, após a realização do certame, inexistirem candidatos que se enquadrem na hipótese de carência, por certo, as vagas reverterão à ampla concorrência. Além disso, a própria lei define a carência. Veja que dentre os critérios estipulados não há menção a estudantes empregados, sendo, por exemplo, considerado carente aquele que tenha sido beneficiário do FIES para sua formação na rede privada, independente de estar empregado (parágrafo 1º do artigo 1º). Assim, o fato do estudante estar empregado não é suficiente para afastar a condição de carência, uma vez que este requisito não consta da Lei para assim defini-lo”.

Sobre a distribuição de vagas por orientador e/ou linha de pesquisa:

“Ante o exposto, conclui-se pela impossibilidade de afastamento do sistema de cotas instituído pela Lei 6.914/14 por meio de previsão editalícia. Para fins de atendimento à exigência legal, recomenda-se que os editais observem o percentual estabelecido na lei em relação ao número total de vagas oferecidas em cada curso de pós-graduação, excluída qualquer possibilidade de interferência no cálculo das vagas reservadas em razão de regras de distribuição interna entre orientadores”.



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

**EDITAL**

**CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM EM ESTOMATERAPIA**  
**TURMA 2025.1**  
**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 1º semestre do ano de 2025, 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. Na vigência da impossibilidade de realização da modalidade presencial, em virtude da pandemia de Covid-19, o curso acontecerá por meio de mediação tecnológica, conforme disposto no AEDA nº 29 de 22 de maio de 2020.

**I - 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).

**II - 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.

- 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 de 30% (trinta por cento) das vagas oferecidas 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.

2.1.1.1. 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 socioeconômico 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 às 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.

2.1.1.2. 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.

2.1.1.3. O candidato às cotas reservadas para estudantes negros e indígenas deverá cumprir o Procedimento de Validação da Autodeclaração perante à Comissão Permanente de Validação da Autodeclaração – CPVA, nos termos da Deliberação N° 01/2021, em calendário oportunamente divulgado a todos os candidatos.

### **III - DA INSCRIÇÃO:**

#### **3.1 Período e Local das inscrições:**

3.1.1. As inscrições serão realizadas no período de 24 de fevereiro de 2025 a 31 de março de 2025, até 23h59 min.

#### **3.1.2. As inscrições deverão ser feitas exclusivamente pela internet.**

3.1.3. Será necessário que o candidato acesse o endereço eletrônico <https://www.estomaterapiauerj.com.br/especializacao>, onde estará disponibilizado o Edital da Seleção para download; imprimir e assinar a ficha de inscrição (ANEXO III); digitalizar e enviar para o endereço eletrônico: **estomaterapiauerj@gmail.com**, juntamente com o comprovante da taxa de inscrição que pode ser realizada por meio de depósito ou transferência bancária e os demais documentos listados no item 2 do presente edital;

3.1.4. Apresentar, se estrangeiro, cópia de graduação plena e histórico escolar, ambos, com vistos consulares brasileiros e traduzidos por tradutor público juramentado no Brasil e ainda, cópia do passaporte válido com visto de entrada no Brasil.

3.1.5. 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 – 2025.1, 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**, até a data de término das inscrições.
- e) **Não serão aceitos comprovantes sem identificação do candidato depositante.**

### 3.2 DOS DOCUMENTOS OBRIGATÓRIOS PARA A INSCRIÇÃO:

- a) 02 (duas) fotos 3x4 coloridas, de data recente;
- b) Cópia da Carteira de Identidade e do CPF;
- c) Cópia frente e verso do Diploma de Graduação;
  - c.1) 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.
- d) Cópia do Histórico Escolar completo da graduação plena com a data de colação de grau;
- e) Cópia da carteira de Registro Profissional – COREN.
- f) Adotar os seguintes procedimentos se desejar concorrer pelo sistema de cotas estabelecido na Lei Estadual n 6914/2014:
  - f.1) declarar a sua condição de carência socioeconômica e optar por um único grupo de cotas no requerimento de inscrição (em formulário próprio do curso);
  - f.2) 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 n 6914/2014 estão estabelecidas no formulário de informações socioeconômicas adaptado pelo curso);
- g) tomar ciência das normas do Edital;
- h) preencher, de acordo com as instruções específicas disponíveis, o requerimento de inscrição;
- i) 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;
- j) 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 juramentado no Brasil;
- Cópia do passaporte válido com visto de entrada no Brasil, se cabível.

3.2.1 Os candidatos deverão realizar sua inscrição de **maneira on line**, e para isso, devem enviar escaneados, **em formato pdf**, a ficha de inscrição preenchida e assinada, o comprovante de depósito da taxa de inscrição, com o nome completo do candidato, bem como os demais documentos mencionados no item 3.2, para o e-mail: [estomaterapiauerj@gmail.com](mailto:estomaterapiauerj@gmail.com).

### 3.3 DA CONFIRMAÇÃO DA INSCRIÇÃO:

3.3.1 A inscrição dos candidatos somente será confirmada após verificação da entrega da documentação requerida. O resultado da inscrição será divulgado pela Secretaria do Curso de Especialização em 01.04.2025, a partir das 14 horas, através de uma listagem constando a menção: inscrição deferida ou indeferida. A Confirmação da Inscrição estará disponível no endereço eletrônico <https://www.estomaterapiauerj.com.br/especializacao>, no link Pós-Graduação em Enfermagem em Estomaterapia – 2025.1.

3.3.2. Os candidatos que não apresentarem toda a documentação exigida serão eliminados do processo seletivo. 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 por uma comissão designada para tal, de acordo com o cronograma do concurso.

#### **IV - DAS ETAPAS DO PROCESSO SELETIVO:**

a) Prova Escrita (caráter eliminatório), versando sobre a área de Enfermagem médico-cirúrgica, de acordo com o programa identificado no Anexo I. A prova será composta por perguntas de múltipla escolha. A prova terá duração máxima de três horas, não sendo permitida a consulta de qualquer natureza. **Candidatos estrangeiros prestarão adicionalmente exame de proficiência em Língua Portuguesa, exceto oriundos de países lusófonos.**

#### **V - CRITÉRIOS PARA APROVAÇÃO DO CANDIDATO:**

- a) Será considerado aprovado na análise da documentação, o candidato que apresentar todos os documentos previstos na inscrição;
- b) Será considerado aprovado na prova escrita o candidato que obtiver média final mínima 7,0 (sete)
- c) O candidato poderá ser aprovado, mas não selecionado;
- d) Será considerado selecionado o candidato que tiver sua classificação dentro do número de vagas previstas, conforme o item 2.
- e) A classificação final dos candidatos será divulgada em ordem decrescente da média final obtida pelo candidato.
  - a) 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);
    - menor renda;

#### **VI - DA MATRÍCULA:**

- Terão direito à matrícula os candidatos aprovados e selecionados respeitados os limites de vagas estabelecidas pelo Curso.
- No ato da matrícula, o candidato deverá enviar os seguintes documentos: diploma de graduação, Histórico Escolar da Graduação com a data de colação de grau, Certidão de casamento (se casado) CPF, identidade e comprovante de vacinação (covid-19, influenza, hepatite B, dupla adulto), para fins de conferência junto à Coordenação do Curso, todos **em formato PDF**.
- Em caráter excepcional, poderá ser aceita, provisoriamente, declaração de conclusão da graduação plena, mantendo-se a apresentação dos demais documentos previstos. A não apresentação do diploma de graduação plena durante o curso implicará o impedimento de entrega da monografia.
- A matrícula dos candidatos selecionados para Curso de Especialização em Enfermagem em Estomaterapia, será realizada conforme calendário, por via remota através do e-mail: **esp.latosensu@gmail.com**.
- A taxa de matrícula, referente a primeira parcela do curso, no valor de R\$ 600,00 (seiscentos reais) deverá ser paga no ato da matrícula. O depósito deverá ser realizado para o **Banco Bradesco, Agência 6897-7, Conta Corrente 0036-1, CNPJ 33.540.014/0001-57**.
- No ato da matrícula, o candidato deverá enviar também o formulário de matrícula devidamente preenchido e o comprovante de pagamento da taxa de matrícula.
- 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.
- Os casos omissos no presente Edital serão resolvidos pela Comissão de Seleção.
- **Não haverá segunda chamada para as provas.**

- Havendo desistência após o início das atividades didático-pedagógicas, não haverá chamada para candidatos aprovados e não selecionados, fora do calendário de reclassificação.
- O candidato aprovado, mas não selecionado para o preenchimento das vagas, não estará dispensado de novo processo seletivo para o Curso de Especialização em Enfermagem em Estomaterapia.

## **VII - CALENDÁRIO:**

a) Inscrições:

Data: 24.02.2025 à 31.03.2025

Horário: *on line*

Local: através do e-mail [estomaterapiauerj@gmail.com](mailto:estomaterapiauerj@gmail.com)

b) Resultado da Inscrição:

Data: 01.04.2025

Horário: *on line*

Local: <https://www.estomaterapiauerj.com.br/especializacao>

c) Recurso Resultado da Inscrição:

Data: 02.04.2025

Horário: *on line*

Local: através do e-mail [estomaterapiauerj@gmail.com](mailto:estomaterapiauerj@gmail.com)

d) Resultado dos recursos de inscrição:

Data: 03.04.2025

Horário: *on line*

Local: <https://www.estomaterapiauerj.com.br/especializacao>

e) Prova escrita:

Data: 11.04.2025

Horário: 09:00 às 12:00h

Local: Faculdade de Enfermagem da UERJ

- f) Resultado da prova escrita:  
Data: 11.04.2025  
Horário: a partir das 18:00h (*on line*)  
Local: <https://www.estomaterapiauerj.com.br/especializacao>
- g) Vista da Prova Escrita:  
Data: 14.04.2025  
Horário: Das 9 às 12:00h  
Local: Faculdade de Enfermagem da UERJ
- h) Recurso da Prova Escrita:  
Data: 15 e 16.04.2025  
Horário: A partir das 16:00h (*on line*)  
Local: através do e-mail [estomaterapiauerj@gmail.com](mailto:estomaterapiauerj@gmail.com)
- i) Resultado do recurso da prova escrita:  
Data: 17.04.2025  
Horário: A partir das 16:00h (*on line*)  
Local: <https://www.estomaterapiauerj.com.br/especializacao>
- j) Resultados da análise da documentação comprobatória de candidatos cotistas:  
Data: 24.04.2025  
Horário: A partir das 18h (*on line*)  
Local: <https://www.estomaterapiauerj.com.br/especializacao>
- k) Solicitação de recurso do Resultado da análise da documentação comprobatória dos candidatos cotistas:  
Data: 25.04.2025  
Horário: (*on line*)  
Local: através do e-mail [estomaterapiauerj@gmail.com](mailto:estomaterapiauerj@gmail.com)
- l) Resultado do Resultado do Recurso da análise da documentação comprobatória dos candidatos cotistas:  
Data: 27.04.2025  
Horário: a partir das 18h (*on line*)  
Local: <https://www.estomaterapiauerj.com.br/especializacao>
- m) Divulgação da Classificação Geral:  
Data: 28.04.2025  
Horário: A partir das 18:00h (*on line*)  
Local: <https://www.estomaterapiauerj.com.br/especializacao>
- n) Prazo de Recurso do Resultado final:  
Data: 29 e 30.04.2025  
Horário: (*on line*)  
Local: através do e-mail [estomaterapiauerj@gmail.com](mailto:estomaterapiauerj@gmail.com)
- o) Resultado dos recursos:  
Data: 02.05.2025  
Horário: A partir das 16:00h (*on line*)  
Local: <https://www.estomaterapiauerj.com.br/especializacao>
- p) Matrícula:  
Data: 05.05.2025 à 02.06.2025  
Horário: *online*  
Local: através do e-mail: [esp.latosensu@gmail.com](mailto:esp.latosensu@gmail.com)
- q) Divulgação dos candidatos reclassificados:  
Data: 03.06.2025  
Horário: A partir das 16:00h  
Local: <https://www.estomaterapiauerj.com.br/especializacao>



r) Matrícula dos reclassificados:  
Data: 04.06.2025 e 06.06.2025  
Horário: *online*  
Local: *através do e-mail: esp.latosensu@gmail.com*

s) Período de realização do Curso:  
Data: 07.06.2025 a 07.08.2026  
Horário: de 08 às 17:00 horas, aos sábados

### **VIII - DISPOSIÇÕES GERAIS:**

- a) A inscrição do candidato implicará conhecimento e aceitação das normas e condições estabelecidas neste Edital, não sendo aceita alegação de desconhecimento.
- b) As importâncias pagas não serão devolvidas quaisquer que sejam os motivos alegados.
- c) O exame de seleção só terá validade para Curso que será iniciado no primeiro semestre de 2025.
- d) Havendo desistência após o início das atividades didático-pedagógicas não ocorrerá chamada para novos candidatos aprovados e não selecionados, fora do calendário de reclassificação.
- e) Duração do curso: para sua integralização, o aluno deverá cumprir carga horária total de 405 horas/aula, correspondentes a 25 (vinte e cinco) créditos, e apresentar a monografia final de curso, num prazo máximo de 4 (quatro) semestres letivos.
- f) Os casos omissos no presente edital serão resolvidos pela Coordenação do Curso, não cabendo recursos das suas decisões.
- g) Mensalidades: o valor total do Curso é de R\$ 9.000,00 (nove mil e trezentos reais) podendo ser pago em uma única parcela; ou em até 15 (quinze) mensalidades de R\$ 600,00 (seiscentos reais), a serem quitadas até o dia 10 de cada mês.

### **INFORMAÇÕES**

**Coordenação Geral do Curso:** Profa Carolina Cabral Pereira da Costa  
E-mail: [estomaterapiauerj@gmail.com](mailto:estomaterapiauerj@gmail.com)  
Site: [www.estomaterapia.com.br/especializacao](http://www.estomaterapia.com.br/especializacao)

Universidade do Estado do Rio de Janeiro  
Boulevard 28 de Setembro, 157 sala 701- Vila Isabel Rio de Janeiro,  
RJ CEP 20551-030.

Rio de Janeiro, 13 de janeiro de 2025

Ricardo de Mattos Russo Rafael  
Diretor da Faculdade de Enfermagem da UERJ

## ANEXO I

### PROGRAMA DA PROVA E REFERÊNCIAS RECOMENDADAS

#### **PROGRAMA DA PROVA:**

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;

#### **REFERÊNCIAS RECOMENDADAS:**

1. BRUNNER, L. S; SUDDARTH, D. S. Tratado de Enfermagem médico-cirúrgica. 13ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2015.
2. GEOVANINI, T. Tratado de feridas e curativos enfoque multiprofissional. São Paulo: Rideel, 2014.
- 3 BRASIL. Resolução COFEN nº 736/2024, de 17 de janeiro de 2024. *Dispõe sobre a implementação do Processo de Enfermagem em todo contexto socioambiental onde ocorre o cuidado de enfermagem.* In: Conselho Federal de Enfermagem [legislação na internet]. Brasília; 2024. Disponível em: < <http://www.portalfcofen.gov> >. Acesso em 15 de abril de 2024.
4. BARROS, A.L.B.L. Anamnese e exame físico: avaliação diagnóstica de enfermagem no adulto. E.ed. – Porto Alegre: Artmed, 2010.



**ANEXO II**  
**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 2024-2), solicito a isenção do pagamento da taxa de inscrição, conforme segue abaixo:

Nome do Candidato: \_\_\_\_\_  
Registro de Identidade: Nº \_\_\_\_\_  
Cadastro de Pessoa Física (CPF): Nº \_\_\_\_\_  
Endereço: \_\_\_\_\_  
Bairro: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_ Telefones: \_\_\_\_\_  
Email: \_\_\_\_\_

Possui CADÚNICO (Cadastro Único para Programas Sociais)? ( ) SIM ( ) NÃO  
Nº 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: \_\_\_\_\_

## **ANEXO III**

### **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 IV – INFORMAÇÕES SOCIOECONOMICAS

	<p align="center"><b>UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO – UERJ</b> <b>FACULDADE DE ENFERMAGEM</b> <b>PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM EM ESTOMATERAPIA</b> <b>ANEXO – INFORMAÇÕES SOCIOECONÔMICAS</b> (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 cobrança

Situação 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 2024/2 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 Pós- Graduação em Enfermagem em Estomaterapia, para o ano de 2024.2 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 IV – 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 **TUDO** 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 IV – 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 2024.2, 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 IV – 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 2024.2, \_\_\_\_\_ (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 \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ (endereço 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 IV – 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 2024.2, \_\_\_\_\_ (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 \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ (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 IV – 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 IV – 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 2024.2, \_\_\_\_\_ (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 V – 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 2023.2, \_\_\_\_\_ (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.**