

INSTITUTO DE PROTEÇÃO E ASSISTÊNCIA À INFÂNCIA DO RIO GRANDE DO NORTE,
MANTENEDOR DO HOSPITAL INFANTIL VARELA SANTIAGO – HIVS
CNPJ: 08.337.586/0001-96

EDITAL DA RESIDÊNCIA MÉDICA EM PEDIATRIA 2025

O Diretor Superintendente do Hospital Infantil Varela Santiago, no uso de suas atribuições legais, torna público a abertura das inscrições para o concurso de seleção para o preenchimento das vagas para Residência Médica em Pediatria, credenciado pela Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM).

I – DAS DISPOSIÇÕES PRELIMINARES

- 1.0. O Processo Seletivo para o Programa de **RESIDÊNCIA MÉDICA** do HIVS, com ingresso no ano de 2025, é credenciado pela Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM). Será regido por este Edital e executado pela Comissão de Residência Médica do Hospital Infantil Varela Santiago. (COREME)
- 2.0. Serão oferecidas 07 vagas para o residente do primeiro ano para o Programa de Residência Médica em Pediatria.
- 3.0. A seleção dos candidatos será realizada em 03 (três) fases: na primeira fase, de caráter eliminatório e classificatório, será aplicada uma Prova objetiva; na segunda fase, o candidato passará por uma entrevista; na última fase será atribuída uma pontuação baseada na Análise Curricular do candidato.
 - 3.0.1 O Currículo exigido é o CURRÍCULO VITAE.
 - 3.1. O candidato que faltar a Prova Objetiva estará automaticamente eliminado do Processo Seletivo.

II – DA RESIDÊNCIA MÉDICA

- 1.0. A Residência Médica é um curso de Pós-graduação lato sensu, regulamentado pelo decreto nº 80.281, de 05/09/77, e pela Lei 6.932, de 07/07/81, e demais Resoluções emanadas da CNRM.
- 2.0. O programa de treinamento em serviço será cumprido em regime de tempo integral e plantões, com carga horária de 60 horas semanais, perfazendo um total de 2.880 horas anuais.
- 3.0. Todo o programa terá início em 03/03/2025 e, atualmente, a bolsa auxílio é de R\$ 4.106,09 (Quatro mil, cento e seis reais e nove centavos), custeada pelo Ministério da Saúde.
- 4.0. O Hospital Infantil Varela Santiago é isento de qualquer auxílio financeiro, moradia, transporte e alimentação do residente durante o período de cumprimento do Programa de Residência Médica.

III – DOS PROGRAMAS E DAS VAGAS

- 1.0. Programa único. Com duração de 03 anos.



FILANTRÓPICO

PEDIÁTRICO

100% SUS

Av. Deodoro da Fonseca, nº 518
Centro, Natal/RN, CEP: 59025-600

Tel: (84) 3209-8200
CNPJ 08.337.586/0001-96

www.hospitalvarelasantiago.org.br
hospital@hospitalvarelasantiago.org.br

▶ f @hospitalvarelasantiago ▶ @ajudeovarela

- 2.0. Serão oferecidas 07 (sete) vagas para R1 no Programa de Residência Médica em Pediatria.
- 3.0. Dentre as 07 vagas, serão disponibilizadas 1 vaga para candidatos PCD (Portadores de Deficiência) e 1 para candidatos que se autodeclararem negros (pretos e pardos) devendo esses candidatos seguirem todas as disposições incluídas nesse edital.

IV - VAGAS DESTINADAS ÀS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA

4.0 Nos Programas de Residência, com 5 (cinco) ou mais vagas, 10% (dez por cento) delas serão reservadas para candidatos qualificados como Pessoa com Deficiência (PcD), na forma do artigo 37, VIII, da Constituição Federal, da Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015 e do Decreto nº 9.508, de 24 de setembro de 2018, alterado pelo Decreto nº 9.546, de 30 de outubro de 2018.

4.1 Caso a aplicação do percentual de que trata o subitem 4.0 deste edital resulte em número fracionado, este deverá ser elevado até o primeiro número inteiro subsequente, desde que não ultrapasse 20% das vagas ofertadas para o respectivo programa.

4.2 O candidato que se inscrever na condição de pessoa com deficiência onde não haja vaga reservada, somente poderá ser matriculado nesta condição se houver ampliação das vagas inicialmente ofertadas neste Edital.

4.3 Serão consideradas pessoas com deficiência aquelas que se enquadrarem no art. 2º da Lei n.º 13.146, de 6 de julho de 2015; nas categorias discriminadas no art. 4º do Decreto n.º 3.298, de 20 de dezembro de 1999 com suas alterações; no §1º do art. 1º da Lei n.º 12.764, de 27 de dezembro de 2012 (Transtorno do Espectro Autista); e na Lei n.º 14.126, de 21 de março de 2021 (Visão Monocular), observados os dispositivos da Convenção sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência e seu Protocolo Facultativo, ratificados pelo Decreto n.º 6.949, de 25 de agosto de 2009.

4.4 Ressalvadas as disposições especiais contidas no Decreto Federal nº 3.298/1999, e neste Edital, os candidatos com deficiência, devidamente inscritos nessa modalidade, participarão do Concurso em igualdade de condições com os demais candidatos, em relação ao conteúdo, à avaliação, aos critérios de aprovação, ao dia, horário e local de aplicação das provas e à nota mínima exigida para os demais candidatos e a todas as demais normas de regência do Concurso.

4.5 É de responsabilidade do candidato verificar previamente a compatibilidade



FILANTRÓPICO

PEDIÁTRICO

100% SUS

Av. Deodoro da Fonseca, nº 518
Centro, Natal/RN, CEP: 59025-600

Tel: (84) 3209-8200
CNPJ 08.337.586/0001-96

www.hospitalvarelasantiago.org.br
hospital@hospitalvarelasantiago.org.br

   @hospitalvarelasantiago  @ajudeovarela

das suas capacidades físicas com as habilidades para cumprir as atividades necessárias na especialidade a ser escolhida, o que será objeto de avaliação por comissão local da Instituição Participante, que terá acesso aos documentos apresentados pelos candidatos no momento da inscrição.

4.6 A utilização de material tecnológico de uso habitual não impede a inscrição na reserva de vagas, porém, a deficiência do(a)candidato(a) deve permitir o desempenho adequado das atribuições especificadas para a atividade na residência.

4.7 Para concorrer como PcD, o candidato deverá preencher o Requerimento de atendimento especial para candidatos PcD no ato da Inscrição com as seguintes informações:

- a) declarar que pretende participar do Concurso como pessoa com deficiência e informar se possui deficiência;
- b) selecionar o tipo de deficiência;
- c) informar se necessita de condições especiais para a realização das provas;
- d) anexar o laudo médico, conforme orientações abaixo:

4.8 Da solicitação de condição especial para a realização do Exame Escrito:

4.8.1 O candidato que necessitar de condição especial durante a realização do Exame Escrito, pessoa com deficiência ou não, poderá solicitar esta condição, conforme previsto no Decreto Federal nº 9.508/2018.

4.8.2 As condições específicas disponíveis para realização do exame são: prova ampliada (fonte 22), acesso à cadeira de rodas e/ou tempo adicional de até 1 (uma) hora para realização da prova (somente para os candidatos com deficiência).

4.8.3 O candidato com deficiência, que necessitar de tempo adicional para realização da prova, deverá requerê-lo com justificativa acompanhada de parecer emitido por equipe multiprofissional ou por especialista da área de sua deficiência, conforme prevê o § 2º do art. 4º do Decreto nº 9.508/2018.

4.8.4 Para solicitar condição especial, o candidato deverá:



4.8.4.1 No ato da inscrição, indicar claramente no Requerimento de atendimento especial para candidatos PcD, quais os recursos especiais necessários.

4.8.4.2 Caso o candidato necessite de uma condição especial não prevista no Requerimento de atendimento especial para candidatos PcD, como uso de objetos, dispositivos ou próteses, deverá requerer preenchendo o campo em outros motivos, descrevendo os recursos especiais necessários para a realização do exame, e enviar o Laudo Médico que ateste a(s) condição(ões) especial(is) necessária(s), obedecendo ao critério e o prazo previstos neste edital.

4.8.4.3 A solicitação da condição especial poderá ser atendida, obedecendo aos critérios previstos neste edital.

4.8.4.4 Enviar o Laudo Médico, elaborado por especialista da área médica relacionada à deficiência, com as seguintes especificações:

- a) estar redigido em letra legível, com citação do nome por extenso do candidato;
- b) conter carimbo indicando o nome, número do CRM e a assinatura do médico responsável por sua emissão;
- c) dispor sobre a espécie e o grau ou nível da deficiência da qual o candidato possui, com expressa referência ao código correspondente de Classificação Internacional de Doença – CID, justificando a condição especial solicitada.

4.8.4.5 Somente serão considerados os laudos médicos emitidos nos últimos 06 (seis) meses anteriores ao último dia de inscrição do Concurso.

4.9 Da candidata lactante:

4.9.1 A candidata que tiver necessidade de amamentar, durante a realização do exame, deverá solicitar essa condição, no Requerimento de candidata lactante, indicando claramente a opção amamentando (levar acompanhante) e indicar:

- a) que é candidata lactante;
- b) a quantidade de lactentes;
- c) a data de nascimento da(s) criança(s).



4.9.2 Terá o direito previsto no item 4.8.2 a mãe cujo filho tiver até 6 (seis) meses de idade no dia da realização da prova e apresentar ao fiscal de provas a certidão de nascimento do lactente.

4.9.3 A candidata que necessitar amamentar deverá, ainda, levar um acompanhante maior de idade (ou seja, com, no mínimo, 18 anos), sob pena de ser impedida de realizar o exame na ausência deste.

4.9.4 O acompanhante ficará responsável pela guarda do lactente em sala reservada para amamentação. Contudo, durante a amamentação, é vedada a permanência de quaisquer pessoas que tenham grau de parentesco ou de amizade com a candidata no local.

4.9.5 O Hospital Infantil Varela Santiago não disponibilizará acompanhante para guarda de criança.

4.9.6 A candidata terá o direito de proceder à amamentação a cada intervalo de 2 (duas) horas, por até 30 (trinta) minutos, por filho.

4.9.6.1 O tempo despendido pela amamentação será compensado durante a realização das provas, em igual período.

4.9.6.2 Para garantir a aplicação dos termos e condições deste Edital, a candidata, durante o período de amamentação, será acompanhada por uma fiscal, sem a presença do responsável pela guarda da criança.

4.9.6.3 Em hipótese alguma será permitida a entrada do lactente ou do acompanhante após o fechamento dos portões do local do exame.

4.9.6.4 Ao acompanhante não será permitido o uso de quaisquer dos objetos e equipamentos descritos no item XI, 2.15 deste Edital, durante a realização do exame do certame.

4.10 Os documentos comprobatórios das situações tratadas neste item deverão ser entregues juntamente com os documentos no momento da inscrição.

4.10.1 O candidato, ao optar por se inscrever via internet deverá enviar o arquivo em PDF e deve se atentar para que o arquivo não esteja protegido por senha, sendo este motivo possível de indeferimento da solicitação de condição especial.

4.11 O envio da solicitação de que trata este item não garante ao candidato a condição especial, a qual será deferida ou indeferida pela COREME após



criterosa análise, obedecendo aos critérios de viabilidade e razoabilidade.

4.12 O envio da documentação incompleta, fora do prazo definido neste edital, ou por outra via diferente da estabelecida neste edital, causará o indeferimento da solicitação da condição especial.

4.13 A COREME não se responsabiliza por documentação não recebida por motivos de ordem técnica dos computadores, falhas de comunicação e/ou congestionamento das linhas de comunicação, bem como outros fatores de ordem técnica que impossibilitem a transferência de dados.

4.14 O deferimento e o indeferimento das solicitações de condição especial estarão disponíveis aos candidatos no endereço eletrônico <https://hospitalvarelasantiago.org.br/p/processos-seletivos>.

4.15 O candidato que tiver a sua solicitação de condição especial indeferida poderá impetrar recurso, em formulário próprio disponível na secretaria da residência médica do HIVS, nos dias 25 e 26/11/2024, das 8h às 11h e das 13h às 15h.

4.16 O laudo médico a ser apresentado pelo candidato deverá estar redigido em letra legível e dispor sobre a espécie e o grau ou nível da deficiência da qual o candidato possui, categoria em que se enquadra a PcD, nos termos do art. 4º do Decreto Federal nº 3.298/1999 e suas alterações, com expressa referência ao código correspondente de Classificação Internacional de Doença – CID, com citação por extenso do nome do candidato, carimbo indicando o nome, número do CRM, especialidade compatível com a doença e a assinatura do médico responsável por sua emissão.

4.17 Somente serão considerados os laudos médicos emitidos nos 06 (seis) meses anteriores ao último dia de inscrição do Concurso.

4.18 No caso de deficiente auditivo, o laudo deverá ser acompanhado de exame de audiometria recente.

4.19 No caso de deficiente visual, o laudo deverá ser acompanhado de exame de acuidade visual em ambos os olhos, patologia e campo visual.

4.20 O laudo médico será considerado para análise do enquadramento previsto no item 4.3 deste edital.

4.21 A análise dos Laudos Médicos para a inscrição no Concurso será realizada pela COREME do Hospital, observando a adequação dos documentos enviados pelos candidatos.



4.22 O candidato à vaga de PcD que não preencher os campos específicos do Requerimento de Inscrição ou não atender aos dispositivos mencionados no item 4 deste Edital terá a sua inscrição processada como candidato de ampla concorrência e não poderá alegar posteriormente essa condição para reivindicar a prerrogativa legal.

4.23 A COREME do Hospital divulgará o resultado com a lista de candidatos inscritos às vagas reservadas para Pessoa com Deficiência no endereço eletrônico <https://hospitalvarelasantiago.org.br/p/processos-seletivos>.

4.24 O candidato inscrito como pessoa com deficiência e aprovado na prova objetiva será convocado pela COREME do Hospital, anteriormente à homologação do resultado final do Concurso, para perícia médica, com a finalidade de verificar se a deficiência se enquadra na previsão do art. 4º do Decreto nº 3.298/1999.

4.25 A perícia médica será no dia 13 de janeiro de 2025, na mesma cidade de realização da prova objetiva. O Edital de convocação, com horário das 8h às 11, tarde das 13h30 às 15h30, O local de realização será no Núcleo Administrativo – Maria de Lourdes L. Varela, situado na Rua Ponciano Barbosa, 477, Cidade Alta/Natal-RN, CEP: 59025-050, localizado na rua atrás do Hospital Infantil Varela Santiago.

4.26 Não haverá segunda chamada para perícia médica, seja qual for o motivo alegado para justificar o atraso ou a ausência da pessoa com deficiência à avaliação.

4.27 O não comparecimento ou a reprovação na perícia médica acarretará a perda do direito às vagas reservadas às pessoas com deficiência.

4.28 O candidato cuja deficiência assinalada no requerimento não se confirme na perícia médica será eliminado da lista de pessoa com deficiência, devendo constar apenas na lista de classificação geral, caso atingido os critérios classificatórios da ampla concorrência.

4.29 A candidato inscrito como PcD, se aprovado no Concurso, terá seu nome divulgado na lista no site <https://hospitalvarelasantiago.org.br/p/processos-seletivos> e na secretaria do HIVS.

4.30 Não havendo candidatos aprovados para a vaga reservada às pessoas com deficiência, esta será preenchida com estrita observância da ordem de classificação geral.



4.31 Caso aprovado no Concurso, o candidato à vaga reservada para Pessoas com Deficiência deverá ser convocado para Avaliação Médica Oficial, no dia 13 de janeiro de 2025, realizada por equipe da respectiva Instituição participante, que atestará de forma terminativa sobre seu enquadramento como Pessoa com Deficiência, nos termos do artigo 5º do Decreto Federal nº 9.508/2018 e suas alterações, e sobre a compatibilidade da deficiência com o exercício das atividades de residente no Programa de Residência ao qual se candidatou, oportunizado o direito ao contraditório e a ampla defesa.

4.32 A compatibilidade entre as atribuições do cargo e a deficiência apresentada pelo candidato será também avaliada durante o período da residência.

4.32.1 Caso identificada incompatibilidade entre a deficiência apresentada pelo residente e as atribuições da especialidade, haverá o seu desligamento do Programa de Residência.

V. DAS VAGAS DESTINADAS AOS CANDIDATOS NEGROS

5.0 Conforme previsto na Lei nº 12.990/2014, serão reservadas 20% (vinte por cento) das vagas ofertadas para ingresso nos Programas de Residência do Concurso, aos candidatos que se autodeclararem negros.

5.0.1 Somente haverá reserva de vagas para os candidatos negros nos Programas de Residência com número de vagas igual ou superior a 3 (três).

5.0.2 Nos casos em que a aplicação do percentual resultar em número fracionado, esse será aumentado para o primeiro número inteiro subsequente, em caso de fração igual ou maior que 0,5 (cinco décimos), ou diminuído para número inteiro imediatamente inferior, em caso de fração menor que 0,5 (cinco décimos).

5.1 O candidato negro participará do Concurso em igualdade de condições com os demais candidatos, em relação ao conteúdo, à avaliação, aos critérios de aprovação, ao dia, horário e local de aplicação das provas e à nota mínima exigida para os demais candidatos e a todas as demais normas de regência do Concurso.

5.2 Para concorrer às vagas reservadas, o candidato deverá preencher o requerimento se declarar preto ou pardo, e enviar no momento da Inscrição, conforme o quesito cor ou raça utilizado pela Fundação Instituto Brasileiro de



FILANTRÓPICO

PEDIÁTRICO

100% SUS

Av. Deodoro da Fonseca, nº 518
Centro, Natal/RN, CEP: 59025-600

Tel: (84) 3209-8200
CNPJ 08.337.586/0001-96

www.hospitalvarelasantiago.org.br
hospital@hospitalvarelasantiago.org.br

▶ f @hospitalvarelasantiago ▶ @ajudeovarela

Geografia e Estatística – IBGE.

5.2.1 É de exclusiva responsabilidade do candidato a opção e o preenchimento do Requerimento para concorrer às vagas reservadas aos negros e apresentação da documentação comprobatória.

5.2.2 O candidato cuja autodeclaração não for confirmada em procedimento de heteroidentificação concorrerá às vagas destinadas à ampla concorrência, nos termos do art. 11. da PORTARIA SGP/SEDGG/ME Nº 14.635, de 14 de dezembro de 2021.

5.2.3 A realização do procedimento de heteroidentificação poderá ocorrer em dias úteis.

5.3 O candidato negro que não preencher os campos específicos do Requerimento, ou não atender aos dispositivos mencionados no item 5 deste Edital terá a sua inscrição processada como candidato de ampla concorrência e não poderá alegar posteriormente essa condição para reivindicar a prerrogativa legal.

5.4 O candidato que tiver sua solicitação de inscrição às vagas reservadas deferida concorrerá às vagas reservadas aos candidatos negros, que se declararam pretos ou pardos no requerimento, bem como as vagas da ampla concorrência.

5.4.1 Os candidatos negros concorrerão, concomitantemente, às vagas reservadas para candidatos com deficiência, se atenderem as condições específicas previstas neste edital.

5.5 Não havendo candidatos aprovados para as vagas reservadas aos negros, estas serão preenchidas pelos candidatos da ampla concorrência, com estrita observância da ordem de classificação.

5.6 O candidato inscrito como negro e aprovado na prova objetiva será convocado pela COREME do Hospital, anteriormente à homologação do resultado final do Concurso, para participação do procedimento de verificação da declaração firmada pelo candidato, exclusivamente no dia 13/01/2025, manhã das 8h30 às 11h, tarde das 13h30 às 15h30, O local de realização será no Núcleo Administrativo – Maria de Lourdes L. Varela, situado na Rua Ponciano Barbosa, 477, Cidade Alta/Natal-RN, CEP: 59025-050, localizado na rua atrás do Hospital Infantil Varela Santiago, com a finalidade de atestar o enquadramento previsto na Lei nº 12.990/2014, analisando o seu fenótipo,



FILANTRÓPICO

PEDIÁTRICO

100% SUS

Av. Deodoro da Fonseca, nº 518
Centro, Natal/RN, CEP: 59025-600

Tel: (84) 3209-8200
CNPJ 08.337.586/0001-96

www.hospitalvarelasantiago.org.br
hospital@hospitalvarelasantiago.org.br

   @hospitalvarelasantiago  @ajudeovarela

conforme subitem 5.8

5.7 A COREME do Hospital divulgará o resultado com a lista de candidatos inscritos como negros no endereço eletrônico <https://hospitalvarelasantiago.org.br/p/processos-seletivos>.

5.8 Do Procedimento de Heteroidentificação ao candidato inscrito como negro.

5.8.1 Somente será convocado para realizar o procedimento de heteroidentificação o candidato inscrito como negro e aprovado na prova objetiva.

5.8.2 A COREME do Hospital constituirá uma Banca examinadora para o procedimento de heteroidentificação com requisitos habilitantes, conforme determinado pela Portaria Normativa nº 4, de 6 de abril de 2018, do Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão.

5.8.2.1 A Banca Examinadora será responsável pela emissão de um parecer conclusivo favorável ou não à declaração do candidato, considerando os aspectos fenotípicos deste.

5.8.3 Não haverá segunda chamada para o preenchimento do formulário de participação, seja qual for o motivo alegado para justificar a ausência do candidato ao preenchimento do formulário do procedimento de heteroidentificação.

5.8.3.1 O não envio das fotos, documento e vídeo ou o indeferimento no procedimento de heteroidentificação acarretará a perda do direito às vagas reservadas aos candidatos negros.

5.8.4 No ato da inscrição os candidatos que se declararem negros deverão enviar eletronicamente todos os documentos exigidos no link: <https://forms.gle/KCBLTgGNNXryTVQv5>. Para tanto, os candidatos deverão:

- a) anexar imagens do documento de identidade (frente e verso);
- b) anexar 1 (uma) foto colorida de frente (com o fundo branco);
- c) anexar 1 (uma) foto colorida de perfil (com o fundo branco);
- d) anexar 1 (um) vídeo de no máximo 20 (vinte) segundos; o candidato deverá dizer o seu nome, o cargo a que concorre e os seguintes dizeres: “declaro que sou negro, da cor preta ou parda”.



e) anexar a autodeclaração preenchida e assinada, conforme modelo requerimento ao Edital de Convocação para o Procedimento de Heteroidentificação.

5.8.4.1 Os arquivos, contendo os documentos correspondentes para análise deverão estar nas extensões e dimensões a seguir:

a) os documentos e fotos devem estar na extensão JPG, JPEG, PNG ou PDF com o tamanho máximo de 20 MB (megabytes) por arquivo;

a.1) ao anexar documentos em PDF, o candidato deve atentar-se para que os mesmos não estejam protegidos por senha, sendo este motivo passível de reprovação no procedimento de heteroidentificação;

b) o vídeo deve estar na extensão MP4, com o tamanho máximo de 50 MB (megabytes).

5.8.4.2 Para os documentos que tenham informações frente e verso, o candidato deverá anexar as duas imagens para análise.

5.8.4.3 As imagens dos documentos deverão estar em perfeitas condições, de forma a permitir a análise da documentação com clareza.

5.8.4.4 É de inteira responsabilidade do candidato verificar se as imagens carregadas na tela de envio de documentos para o procedimento de heteroidentificação estão corretas.

5.8.4.5 Não serão considerados e analisados os documentos que não pertencem ao candidato.

5.8.4.6 Padrões para Fotos e Vídeo:

5.8.4.6.1 As fotos que serão enviadas a COREME do Hospital devem seguir o mesmo padrão das fotos de documentos oficiais, dessa forma, é necessário que algumas recomendações sejam seguidas:

- a) que o fundo da foto seja em um fundo branco;
- b) que o candidato esteja com a postura correta com a coluna bem alinhada;
- c) não esteja de cabeça baixa, nem de cabeça erguida;
- d) que não esteja usando óculos, boné, touca e que não esteja sorrindo.
- e) no caso de candidatos com cabelo comprido, a foto do perfil esquerdo deve estar com o cabelo atrás da orelha.

5.8.4.6.2 O vídeo que será enviado a COREME do Hospital deve seguir algumas recomendações, conforme abaixo:

- a) que o fundo do vídeo seja em um fundo branco;
- b) que o candidato tenha postura corporal reta;
- c) não esteja de cabeça baixa, nem de cabeça erguida;
- d) que não esteja usando óculos, boné, touca e que não esteja sorrindo.
- e) no vídeo, com duração de no máximo 20 (vinte) segundos, o candidato deverá dizer o seu nome, o cargo a que concorre e os seguintes dizeres: "declaro que sou negro, da cor preta ou parda".

5.8.4.6.3 O candidato que não fizer o *upload* do documento de identidade, das fotos de frente e perfil, do vídeo e da autodeclaração, perderá o direito às vagas reservadas do Concurso.

6.8.4.6.4 A aferição da Comissão de heteroidentificação quanto à condição de pessoa negra levará em consideração em seu parecer, a autodeclaração firmada



e os critérios fenótipos do candidato.

5.8.4.6.5 Serão consideradas as características fenotípicas do candidato ao tempo da análise do procedimento de heteroidentificação.

5.8.5 Não haverá segunda chamada, seja qual for o motivo alegado para justificar o atraso no envio das fotos, vídeos e documentos.

5.8.6 Sem prejuízo das sanções penais cabíveis, o candidato que prestar informação com conteúdo falso, com o intuito de usufruir das vagas ofertadas aos negros estará sujeito:

a) à exclusão da lista de aprovados, se a informação for constatada após homologação do resultado e antes da efetivação da matrícula para o Programa de Residência;

b) à nulidade da matrícula, se a informação for constatada após a sua efetivação.

5.8.7 Detectada falsidade na declaração a que se refere este Edital, sujeitar-se-á o candidato à anulação da inscrição no Concurso e de todos os efeitos daí decorrentes e, se já matriculado, à pena de exclusão, assegurada em qualquer hipótese, a ampla defesa e o contraditório.

5.8.8 Quanto ao não enquadramento do candidato na reserva de vaga, conforme procedimento de heteroidentificação, caberá pedido de recurso, conforme data estabelecida no cronograma em anexo.

5.8.9 Haverá a previsão de comissão recursal, que será composta de três integrantes distintos dos membros da comissão de heteroidentificação, nos termos do respectivo edital e da Portaria Normativa nº 4, de 6 de abril de 2018, do Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão.

5.8.10 Das decisões da comissão recursal não caberá recurso.

5.8.11 Demais informações a respeito do procedimento de heteroidentificação constarão de edital específico de convocação para essa fase.

VI – DAS DISPOSIÇÕES GERAIS SOBRE A INSCRIÇÃO

1.0. A inscrição do candidato implicará a aceitação total e incondicional das disposições, normas e instruções constantes neste Edital.

2.0. Todas as informações prestadas pelo candidato, ao inscrever-se no Processo Seletivo, serão de sua inteira responsabilidade.

2.1. O candidato inscrito por outrem assume total responsabilidade pelas informações prestadas, arcando com as consequências de eventuais erros que seu representante venha a cometer ao preencher a Inscrição.

3.0. Terá a sua inscrição cancelada e será eliminado do Processo Seletivo o candidato que usar dados de identificação de terceiros para realizar a sua inscrição.

4.0. A inscrição somente será validada mediante confirmação, pela Secretaria da Residência Médica do Hospital, do pagamento efetuado e da comprovação da documentação exigida no Item VIII parágrafo 2.0

5.0. O valor referente ao pagamento da taxa de inscrição não será devolvido em hipótese alguma.

5.1. O valor referente ao pagamento da taxa de inscrição é intransferível.

6.0. Para efeito de inscrição, serão considerados documentos de identificação:

a) Carteiras expedidas pelas Secretarias de Segurança Pública, pelos Comandos Militares, pelos Institutos de Identificação, pelos Corpos de



FILANTRÓPICO

PEDIÁTRICO

100% SUS

Av. Deodoro da Fonseca, nº 518
Centro, Natal/RN, CEP: 59025-600

Tel: (84) 3209-8200
CNPJ 08.337.586/0001-96

www.hospitalvarelasantiago.org.br
hospital@hospitalvarelasantiago.org.br

@hospitalvarelasantiago @ajudeovarela

- Bombeiros Militares e por órgãos fiscalizadores (ordens, conselhos, etc.) ou;
- b) Passaporte, ou;
- c) Certificado de Reservista, ou;
- d) Carteira de Trabalho e Previdência Social, ou;
- e) Carteira Nacional de Habilitação, contendo foto; e
- f) Carteiras funcionais do Ministério Público ou expedidas por órgão público que, por lei federal, tenham validade como identidade.

7.0. A Secretaria da Residência Médica do Hospital não se responsabiliza pelo não-recebimento de solicitação de inscrição via Internet por motivos de ordem técnica dos computadores, falhas de comunicação, congestionamento das linhas de comunicação, bem como por outros fatores de ordem técnica que impossibilitem a transferência de dados, sendo também possível a inscrição de forma presencial, como já tratado anteriormente neste edital.

VII – DA ISENÇÃO DA TAXA

1.0. Os candidatos amparados pelo Decreto nº 6.593, de 02 de outubro de 2008, que regulamenta o Art. 11 da Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990, têm direito à isenção do pagamento da taxa de inscrição do Processo Seletivo, mediante as seguintes condições:

- a) Estar inscrito no Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal – CadÚnico, de que trata o Decreto nº 6.135, de 26 de junho de 2007; e
- b) Ser membro de família de baixa renda, nos termos do Decreto nº 6.135, de 2007.

2.0. Para usufruir tal direito, o candidato deverá:

- a) Preencher e anexar o requerimento de Isenção da taxa de inscrição, disponível no edital, no período de 11 de novembro de 2024 a 18 de novembro de 2024, das 8h às 11h e das 13h às 15h00 de segunda-feira a sexta-feira;
- b) Preencher integralmente o Requerimento de Isenção de acordo com as instruções nele constantes;
- c) Declarar no próprio Requerimento de Isenção, que atende às condições estabelecidas nas letras “a” e “b” do item VII parágrafo 1.0

2.1. As informações prestadas serão de inteira responsabilidade do candidato, podendo este, a qualquer momento, se agir de má fé, utilizando-se de declaração falsa, estar sujeito às sanções previstas em lei, aplicando-se, ainda, o disposto no Parágrafo Único do Art. 10 do Decreto no 83.936, de 6 de setembro de 1979, sendo também eliminado do Concurso Público e responder por crime contra a fé pública, sem prejuízo de outras sanções legais.

2.2. Serão desconsiderados os pedidos de isenção do pagamento da taxa de inscrição do candidato que não solicitar a isenção no prazo estabelecido no subitem 2.0.

2.3. As solicitações deferidas e indeferidas serão divulgadas no site do hospital no dia 18 de novembro de 2024.

2.4. As solicitações deferidas serão juntadas ao processo de inscrição do candidato.



FILANTRÓPICO

PEDIÁTRICO

100% SUS

Av. Deodoro da Fonseca, nº 518
Centro, Natal/RN, CEP: 59025-600

Tel: (84) 3209-8200
CNPJ 08.337.586/0001-96

www.hospitalvarelasantiago.org.br
hospital@hospitalvarelasantiago.org.br

▶   @hospitalvarelasantiago  @ajudeovarela

2.5. O candidato cuja solicitação for indeferida poderá efetuar o pagamento da taxa de inscrição até o dia 22 de novembro de 2024, em conformidade com o prazo ordinário de inscrições, e enviar o comprovante de pagamento para o e-mail: residencia@hospitalvarelasantiago.org.br

VIII – DA INSCRIÇÃO – OPÇÕES:

1.0. A inscrição poderá ser realizada pelo link: <https://forms.gle/8yA8i9SDZzzKpLWv9> devidamente preenchida, juntamente com os todos documentos solicitados no parágrafo 6, item VI em anexo OU diretamente na Secretaria de Residência Médica do Hospital, das 8h às 11h e das 13h às 15h de segunda-feira a sexta-feira, do dia 11 de Novembro de 2024 a 22 de Novembro de 2024, situada na Avenida Deodoro da Fonseca, número 518, no bairro da Cidade Alta, Natal/ RN, CEP 59.025-600. Tel. (84) 3209-8200.

1.1. Para se inscrever, o candidato deverá, obrigatoriamente, ter Cadastro de Pessoa Física (CPF), documento de identificação, preencher todos os campos da Inscrição e cumprir o que determina o parágrafo 6 do item VI.

1.2. A taxa de inscrição será no valor de R\$ 250,00 (duzentos e cinquenta reais) a ser efetuada na conta corrente do Banco do Brasil do Instituto de Proteção e Assistência a Infância do Rio Grande do Norte, mantenedor do Hospital Infantil Varela Santiago:

Agência 2870 – 3 e Conta Corrente 3812 - 1

(Não será aceito pagamento por meio de PIX)

1.3. Preencher todos os campos no ato da inscrição e anexar todos os documentos solicitados, a inscrição pode realizada na secretaria da Residência Médica ou Sedex (validando a postagem) junto com foto 3x4, Cópia do RG, CPF e comprovante de residência, cópia do diploma e cópia do CRM (caso possua), cópia do Comprovante de Pagamento;

1.3.1 As inscrições feitas por Sedex ou online deverão conter todos os itens solicitados no 2.0 para que seja válida.

1.3.2 O candidato, ao optar por se inscrever pelo link: <https://forms.gle/KCBLTgGNNXryTVQv5> deverá enviar os documentos em PDF e deve se atentar para que o arquivo não esteja protegido por senha, sendo este motivo possível de indeferimento da inscrição.

1.4. É de inteira responsabilidade do candidato guardar o Comprovante de Pagamento até a data da validação da inscrição.

1.5. O candidato portador de necessidades especiais deverá comunicar obrigatoriamente por escrito no requerimento por ocasião da inscrição, motivo que terá tempo adicional de 1 hora para a realização da prova.

2.0. Relação da documentação obrigatória para inscrição.

a) Cópia legível do documento de identificação.

b) Diploma ou Comprovante de Inscrição no Conselho Regional de Medicina (para candidatos que concluíram o Curso) ou declaração da instituição de ensino na qual o candidato cursa o último período do curso médico, informando



FILANTRÓPICO

PEDIÁTRICO

100% SUS

Av. Deodoro da Fonseca, nº 518
Centro, Natal/RN, CEP: 59025-600

Tel: (84) 3209-8200
CNPJ 08.337.586/0001-96

www.hospitalvarelasantiago.org.br
hospital@hospitalvarelasantiago.org.br

@hospitalvarelasantiago @ajudeovarela

a data prevista exata para conclusão do curso médico que deve ser anterior ao início do Programa de Residência Médica, ou ainda, no caso de médico estrangeiro ou brasileiro que fez o curso de graduação em medicina no exterior, apresentação de diploma revalidado e comprovante de inscrição no Conselho Regional de Medicina.

c) No caso de médico estrangeiro, apresentação de certificado de proficiência em língua portuguesa.

d) O currículo deverá ser entregue em mãos na Secretaria da Residência Médica ou enviado via Sedex, no momento da inscrição.

e) Não recebemos currículo após o candidato fazer sua inscrição.

f) O currículo aceito é VITAE e não LATTES.

IX – DA VALIDAÇÃO, DA INSCRIÇÃO E DO LOCAL DE PROVA

1.0. A validação da inscrição é dada no momento em que o candidato apresenta todos os documentos exigidos para preenchimento da sua inscrição. Não recebemos nenhum documento em outra oportunidade, mesmo dentro do período de inscrição.

X – DAS PROVAS

1.0. Na primeira fase, de caráter eliminatório e classificatório, o candidato fará uma Prova Objetiva, com questões de múltipla escolha de acordo com o quadro seguinte:

2.0. Quadro de Provas objetivas.

| Programa | Número de Questões |
|-----------|--|
| PEDIATRIA | - 20 questões de Ginecologia e Obstetrícia; - 20 questões de Pediatria; - 20 questões de Clínica Médica; - 20 questões de Cirurgia Geral; - 20 questões de Medicina Preventiva e Social. |

3.0. A segunda fase será composta por uma entrevista com o candidato;

4.0. A terceira fase, o candidato será submetido à Análise Curricular, de caráter classificatório;

5.0. O candidato que faltar qualquer uma das fases estará automaticamente eliminado do Processo Seletivo;

6.0. Quadro da Análise Curricular.



| ITENS | PONTUAÇÃO | PONTUAÇÃO MÁXIMA |
|--|---|------------------|
| 1. Estágios Extra-Curriculares: carga horária mínima de 240 horas com duração mínima de 6 meses (documentação de estágio sem comprovação de carga horária não será pontuada) | 0,50 ponto por cada 240 horas | 3,00 |
| 2. Monitoria(s) / Atividade(s) de Iniciação Científica / Bolsas de Extensão devidamente registrada pelo IES. | 0,50 ponto por cada semestre | 3,00 |
| 3. Apresentação de trabalhos em congressos ou simpósios (publicados em Anais). | 0,25 ponto por apresentação | 1,50 |
| 4. Publicação de Trabalhos em revistas científicas. | Não indexada: 0,50 ponto Indexada Nacional (Base Scielo): 0,75 ponto Indexada Internacional (Base Pubmed): 1,0 ponto | 2,00 |
| 5. Conhecimento em Língua Estrangeira (inglês ou espanhol). O documento comprobatório deverá indicar os níveis de estudo. | Básico (até dois anos de estudo): 0,25 ponto Intermediário (entre 2 e 4 anos de estudo): 0,40 Avançado (a partir de 4 anos): 0,50 | 0,50 |
| TOTAL DE PONTOS | | 10,00 |



FILANTRÓPICO

PEDIÁTRICO

100% SUS

Av. Deodoro da Fonseca, nº 518
Centro, Natal/RN, CEP: 59025-600

Tel: (84) 3209-8200
CNPJ 08.337.586/0001-96

www.hospitalvarelasantiago.org.br
hospital@hospitalvarelasantiago.org.br




[@hospitalvarelasantiago](https://www.instagram.com/hospitalvarelasantiago)

[@ajudeovarela](https://twitter.com/ajudeovarela)

XI – DA APLICAÇÃO DAS PROVAS OBJETIVAS E LOCAL DE PROVA

1.0. A Prova Objetiva será aplicada no dia 07 de Janeiro de 2025. O local de realização será no Núcleo Administrativo – Maria de Lourdes L. Varela, situado na Rua Ponciano Barbosa, 477, Cidade Alta/Natal-RN, CEP: 59025-050, localizado na rua atrás do Hospital Infantil Varela Santiago, com acesso pela Rua Felipe Camarão. A prova terá 4 (quatro) horas de duração, exceção feita ao candidato portador de necessidades especiais cuja solicitação tenha sido atendida de acordo com o item VIII parágrafo 1.5 deste Edital, que terá tempo adicional de 1 hora para realização das provas.

2.0. O acesso ao local de realização das provas ocorrerá às 7h30min (horário oficial local).

2.1. É recomendado ao candidato comparecer ao local de realização das provas 30 minutos antes do horário estabelecido para o fechamento dos portões.

2.2. O candidato que chegar após as 8h não terá acesso ao local de realização da prova e estará eliminado do Processo Seletivo.

2.3. O candidato deverá levar caneta esferográfica, confeccionada em material transparente, de tinta na cor preta ou azul.

2.4. Para ter acesso à sala de provas, o candidato deverá apresentar o original do mesmo documento de identificação utilizado na inscrição, salvo quando explicitamente autorizado pela Secretaria de Residência Médica do Hospital.

2.5. Caso o candidato que esteja impossibilitado de apresentar, no dia de realização das provas, documento de identificação original, por motivo de perda, roubo ou furto, deverá apresentar documento que ateste o registro da ocorrência em órgão policial, expedido há, no máximo, noventa dias.

2.6. Não será aceita cópia de documento de identificação, ainda que autenticada.

2.7. Na primeira hora de aplicação das provas, o candidato será identificado por meio de sua assinatura na Ficha de Identificação Individual.

2.8. O candidato deverá, também, assinar a Folha de Respostas no espaço reservado para esse fim.

2.9. Na Folha de Respostas, constarão, entre outras informações, o nome do candidato, seu número de inscrição, o número do seu documento de identificação, devendo o candidato verificar se os dados impressos estão corretos e, constatando algum erro, deverá comunicá-lo imediatamente ao fiscal de sala.

2.10. Serão de inteira responsabilidade do candidato os prejuízos advindos do preenchimento indevido da Folha de Respostas.

2.11. Na Folha de Respostas, o candidato deverá marcar, exclusivamente, a opção que julgar correta para cada questão, seguindo as orientações ali contidas e usando caneta esferográfica de tinta na cor preta ou azul.

2.12. O candidato deverá assinar a Folha de Respostas no espaço apropriado e manuseá-la sem que seja rasurada, dobrada ou amassada, pois ela não será substituída em hipótese alguma.

2.13. Não será permitido que as marcações na Folha de Respostas sejam feitas por outra pessoa, salvo em caso de candidato que tenha solicitação de



condição especial para esse fim, deferida pela Secretaria de Residência Médica do Hospital.

2.14. Serão consideradas marcações indevidas as que estiverem em desacordo com este Edital ou com as instruções contidas na Folha de Respostas.

2.15. Durante a realização da prova, não será permitido ao candidato portar arma, telefone celular, relógio eletrônico ou qualquer outro tipo de aparelho eletrônico, calculadora, câmera fotográfica, dicionário, apostila, “dicas” ou qualquer outro material didático do mesmo gênero, livro, boné, corretivo líquido, borracha, protetor auricular e óculos escuros.

2.16. A Secretaria de Residência Médica do Hospital não se responsabilizará por perdas ou extravios de objetos durante a realização da prova.

2.17. Terá sua prova anulada e estará eliminado do Processo Seletivo o candidato que, durante a sua realização:

- a) for surpreendido fornecendo e/ou recebendo auxílio para a execução da prova;
- b) for surpreendido portando telefone celular, relógio eletrônico, gravador, receptor, calculadora, câmera fotográfica, pager, notebook e/ou equipamento similar, ligados ou não. Os telefones serão totalmente desligados assim que o candidato entrar na sala da aplicação das provas;
- c) atentar contra a disciplina ou desacatar a quem quer que esteja investido de autoridade para coordenar, fiscalizar ou orientar a aplicação das provas;
- d) recusar-se a entregar o material da prova ao término do tempo estabelecido;
- e) afastar-se da sala, a qualquer tempo, sem o acompanhamento de fiscal;
- f) ausentar-se da sala, a qualquer tempo, portando Folha de Respostas ou Caderno de Prova;
- g) descumprir as instruções contidas no Caderno de Prova ou na Folha de Respostas;
- h) perturbar, de qualquer modo, a ordem dos trabalhos;
- i) tentar utilizar meios fraudulentos ou ilegais para obter aprovação própria ou de terceiros, em qualquer etapa do Processo Seletivo; ou
- j) descumprir o estabelecido na capa do Caderno de Prova.

3.0. As questões de múltipla escolha versarão sobre conhecimentos gerais, considerarão domínio de conteúdo e interpretação adequada de situações apresentadas, e cada uma delas terá cinco opções de resposta, das quais apenas uma será correta.

4.0. O candidato somente poderá deixar o local de prova decorridos, no mínimo, 60 (sessenta) minutos após o início da mesma.

5.0. O candidato que, por qualquer motivo, se ausentar do prédio onde estiver realizando a prova não mais terá acesso ao referido local.

6.0. Ao retirar-se definitivamente da sala de provas, o candidato deverá entregar ao fiscal a Folha de Respostas e o Caderno de Prova.

6.1. O candidato não levará em hipótese alguma o Caderno de Prova.



7.0. Não serão computadas as questões não assinaladas, questões que contenham mais de uma marcação, emenda ou rasura, ainda que legível.

7.1. O resultado da prova objetiva será divulgado no site da instituição: <https://hospitalvarelasantiago.org.br/p/processos-seletivos> no dia 10/01/2025 e será afixado na Secretaria da Residência Médica do Hospital Infantil Varela Santiago.

XII – DA APLICAÇÃO DA ENTREVISTA

1.0. Será realizada uma entrevista seguindo a ordem de classificação dos candidatos, no dia 14 de janeiro de 2025, em dois turnos: manhã, com início às 08h00min e a tarde, com início às 13:30min, no Núcleo Administrativo – Maria de Lourdes L. Varela, situado na Rua Ponciano Barbosa, 477, Cidade Alta/Natal-RN, CEP: 59025-050, localizado na rua atrás do Hospital Infantil Varela Santiago, com acesso pela Rua Felipe Camarão.

2.0. O candidato convocado para o período matutino que chegar após as 08h00min não terá acesso ao local de realização da entrevista e estará eliminado do Processo Seletivo, assim como o candidato convocado para o período vespertino que chegar após as 13h:30min também estará impossibilitado para acesso ao local da entrevista e eliminado do Processo Seletivo.

2.1.O candidato deverá também assinar a lista de presença da entrevista.

XIII – DOS CRITÉRIOS DE CORREÇÃO E DE CLASSIFICAÇÃO

1.0.Será convocado apenas para participar da Entrevista o candidato que obtiver, no mínimo, 50% (cinquenta por cento) de acertos no total das questões válidas da Prova Objetiva;

2.0. Caso a aplicação do percentual do que trata o item 1.0, resulte em número fracionado, este deverá ser elevado até o primeiro número inteiro subsequente.

3.0. Para efeito de apresentação dos resultados das Notas Finais, levar-se-á em conta o arredondamento para duas casas decimais.

4.0. Ocorrendo empate nas Notas Finais entre candidatos, o desempate se fará em favor do candidato que obtiver maior número de pontos na primeira fase do concurso; se o empate persistir, o desempate se fará em favor do candidato que obtiver maior pontuação na análise curricular, se o empate persistir, o desempate se fará em favor do candidato com maior idade.

5.0. O candidato que anteriormente a data de início do Programa de residência Médica tiver participado e cumprido, integralmente, o PROVAB, a partir de 2012, ou ingressado nos Programas de Residência em Medicina de Família e Comunidade/Medicina Geral de Família e Comunidade (PRMGFC) a partir de 2015, e concluído o programa adicional na nota de todas as fases definidas neste Edital, conforme estabelecem a Resolução nº2, de 27 de agosto de 2015, da Comissão Nacional de Residência Médica, e a Nota Técnica nº 94/2015, de 09 de outubro de 2015, do Ministério da Educação, considerando-se o seguinte critério:

a) 10% nas notas obtidas na pontuação final para programas de acesso direto



(Anestesiologia, Cirurgia Geral, Clínica Médica, Dermatologia, Ginecologia e Obstetrícia, Infectologia, Medicina de Família e Comunidade, Neurocirurgia, Neurologia, Oftalmologia, Otorrinolaringologia, Patologia, Pediatria, Psiquiatria e Radiologia) para quem concluir 1 ano de participação nas atividades do PROVAB;

5.1. Considera-se como tendo usufruído da pontuação adicional de 10% o candidato que tiver iniciado Programa de Residência Médica para o qual foi selecionado, utilizando tal pontuação, não podendo ser utilizada a pontuação adicional mais que uma vez.

5.2. Estarão aptos para requerer a utilização da pontuação adicional para ingresso no ano posterior, os participantes do PROVAB que tenham os nomes publicados no Diário Oficial da União até o dia 30 de setembro de cada ano.

5.3. A pontuação de que trata o item 5.0. não poderá elevar a Nota Final do candidato para além da nota máxima prevista pelo Edital do Processo Seletivo.

5.4. Será excluído do Processo seletivo o candidato advindo do PROVAB que tiver solicitado a utilização da pontuação adicional e não tiver o nome publicado no Diário Oficial da União até 31 de janeiro de cada ano, como tendo avaliação satisfatória no PROVAB.

XIV – DO JULGAMENTO DAS PROVAS

1.1. 1ª Fase: Prova Objetiva, será avaliada de 0 (zero) a 10 (dez) pontos, com duas casas decimais após vírgula e terá caráter eliminatório e classificatório.

2.0. Serão considerados habilitados para a fase seguinte os candidatos que obtiverem o mínimo de 50% da Prova Objetiva (1ª Fase).

3.0. Todos os candidatos que obtiverem notas iguais na última classificação serão considerados habilitados.

4.0. O preenchimento das vagas do programa dar-se-á por meio de processo obedecendo à ordem decrescente das Notas Finais dos candidatos que forem aptos, segundo os critérios estabelecidos no edital de Residência Médica.

4.1. A prova objetiva (PO) e análise de currículo (AC) terão respectivamente, peso de 90% e 10%.

4.2. O cálculo da nota final (NF) será obtido pela seguinte fórmula:

$$NF = 0,9 \times PO + 0,1 \times AC$$

XV– DOS RECURSOS

1.0. O Gabarito Oficial Preliminar da Prova Objetiva será divulgado na Secretaria de Residência Médica e no site do Hospital, a partir das 16h do dia 07/01/2025

2.0. O candidato que desejar interpor recurso contra a Comissão de Residência Médica do Hospital Infantil Varela Santiago em relação ao Gabarito Oficial da Prova Objetiva, poderá fazê-lo a partir do dia 07/01/2025, até 48 horas a partir dessa data, observando os seguintes procedimentos:

2.1. Procurar a Secretaria de Residência Médica do Hospital, no qual estará



FILANTRÓPICO

PEDIÁTRICO

100% SUS

Av. Deodoro da Fonseca, nº 518
Centro, Natal/RN, CEP: 59025-600

Tel: (84) 3209-8200
CNPJ 08.337.586/0001-96

www.hospitalvarelasantiago.org.br
hospital@hospitalvarelasantiago.org.br

▶ f @hospitalvarelasantiago ▶ @ajudeovarela

- disponível o formulário de Requerimento Específico;
- 2.2. Preencher integralmente o Requerimento de acordo com as instruções nele constantes; e
- 2.3. Entregar o Requerimento exigido e o Comprovante de Solicitação na Secretaria de Residência Médica do Hospital.
- 3.0. O candidato deverá consultar a Secretaria de Residência Médica do Hospital, o dia em que estarão disponibilizadas as respostas aos recursos.
- 4.0. Em hipótese alguma será aceita revisão de recurso, recurso do recurso ou recurso do Gabarito Oficial Definitivo.
- 5.0. Se houver alteração de respostas do Gabarito Oficial Preliminar, esta valerá para todos os candidatos, independentemente de terem recorrido.
- 6.0. Na hipótese de alguma questão da Prova Objetiva vir a ser anulada, o seu valor em pontos não será contabilizado em favor de nenhum candidato.
- 7.0. Não serão aceitos recursos relativos ao preenchimento incompleto, equivocado ou incorreto da Folha de Respostas.
- 8.0. Em hipótese alguma será aceita revisão de recurso ou recurso do recurso.
- 9.0. O resultado da Análise Curricular sairá no dia 29 de janeiro de 2025.
10. O candidato poderá interpor recurso contra a pontuação obtida na Análise Curricular, em até 48h após a divulgação do respectivo resultado, observando os seguintes procedimentos:
- a) procurar a Secretaria de Residência Médica do Hospital, no qual estará disponível o formulário de Requerimento Específico;
- b) preencher integralmente o Requerimento de acordo com as instruções nele constantes; e
- c) entregar na Secretaria de Residência Médica do Hospital o Requerimento e imprimir o Comprovante de Solicitação.
11. O candidato deverá consultar, na Secretaria de Residência Médica do Hospital, o dia e o horário que será divulgado o Parecer da Banca de Revisão.

XVI – DO RESULTADO

- 1.0. O resultado do gabarito será disponibilizado na secretaria da residência médica do HIVS, no dia 07/01/2025.
- 2.0 O resultado da primeira fase do concurso será divulgado na Secretaria de Residência Médica do Hospital e no site <https://hospitalvarelasantiago.org.br/p/processos-seletivos> a partir das 17h do dia 10 de janeiro de 2025.
- 3.0. O resultado final do concurso de Residência Médica será divulgado na Secretaria de Residência Médica do Hospital e no site <https://hospitalvarelasantiago.org.br/p/processos-seletivos> a partir das 17h do dia 10 de fevereiro de 2025

XVII– DO PREENCHIMENTO DAS VAGAS E DA MATRÍCULA

- 1.0. As vagas definidas no parágrafo III deste Edital serão preenchidas segundo a ordem decrescente das Notas Finais dos candidatos a um mesmo programa.



FILANTRÓPICO

PEDIÁTRICO

100% SUS

Av. Deodoro da Fonseca, nº 518
Centro, Natal/RN, CEP: 59025-600

Tel: (84) 3209-8200
CNPJ 08.337.586/0001-96

www.hospitalvarelasantiago.org.br
hospital@hospitalvarelasantiago.org.br

▶ f @hospitalvarelasantiago ▶ @ajudeovarela

- 2.0. O candidato classificado deverá se matricular, no programa, em local e prazo estabelecido neste Edital.
- 2.1. As matrículas deverão ser efetuadas no período de 11 a 18 de fevereiro de 2025.
- 2.2. O candidato que não efetuar a matrícula no período acima estabelecido no parágrafo 2.1 será excluído desse processo.
- 2.3. Os candidatos que forem chamados subsequentemente, terão um prazo de 72 horas após a publicação da chamada para efetuarem suas matrículas.
- 2.4. A convocação dos candidatos subsequentes será via E-mail ou Whatsapp da instituição Hospital Infantil Varela Santiago.
- 2.5. O não comparecimento do mesmo nesse período, implicará na sua exclusão automática desse processo, ficando a vaga vacante para o candidato seguinte.
- 2.6. Terá sua matrícula cancelada, o candidato matriculado que não comparecer ao serviço, até 72 horas do início do programa.
- 3.0. O candidato classificado conforme limite de vagas, porém impossibilitado de cumprir o programa devido à obrigações militares, deverá comunicar o fato à Coordenação do Programa tão logo disponha dos documentos comprobatórios de convocação e cumprir o disposto na Resolução da CNRM nº. 4 de 30 de setembro de 2011 para que seja assegurada sua vaga.
- 4.0. Existindo vagas não-preenchidas em decorrência de desistência, serão convocados candidatos para preenchimento das vagas, até 30 (trinta) dias após o início do Programa.
- 5.0. Os candidatos que não foram classificados para o programa terão seus documentos (Xerox) devolvidas.
- 6.0. Todo candidato aprovado, no momento de sua matrícula, deverá apresentar cópia de sua Apólice de Seguro de Vida e Acidentes Pessoais para que possa ser considerado definitivamente matriculado.

XVIII– DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

- 1.0. Com base no artigo 207 da Constituição da República Federativa do Brasil, a COMISSÃO DE RESIDÊNCIA MÉDICA DO HIVS reserva-se o direito de manter a Folha de Respostas, o caderno de Provas, as Folhas de Avaliação e todo o material de aplicação arquivados por 60 (sessenta) dias consecutivos, contados a partir da divulgação do resultado final do Processo Seletivo e, após esse período, de reciclá-los.
- 2.0. Será assegurada vaga, no ano seguinte da Residência Médica, ao candidato matriculado que tenha sido incorporado ao Serviço Militar obrigatório no Brasil. (Resolução da CNRM nº. 4 de 30 de Setembro de 2011).
- 3.0. Os casos omissos e as situações não-previstas neste Edital serão analisados pela COREME do HIVS e a CEREM-RN.



FILANTRÓPICO

PEDIÁTRICO

100% SUS

Av. Deodoro da Fonseca, nº 518
Centro, Natal/RN, CEP: 59025-600

Tel: (84) 3209-8200
CNPJ 08.337.586/0001-96

www.hospitalvarelasantiago.org.br
hospital@hospitalvarelasantiago.org.br

 [@hospitalvarelasantiago](https://www.instagram.com/hospitalvarelasantiago)  [@ajudeovarela](https://twitter.com/ajudeovarela)

ANEXO I CRONOGRAMA

| Eventos | Períodos |
|--|---|
| Inscrições | 11 de novembro de 2024 a 22 de novembro de 2024 |
| Pagamento da taxa de inscrição | 11 de novembro de 2024 a 22 de novembro de 2024 |
| Solicitação da taxa de isenção | 11 de novembro de 2023 a 18 de novembro de 2024 |
| Divulgação das Solicitações de isenção | 21 de novembro de 2024 |
| Realização da Prova Objetiva | 07 de janeiro de 2025 |
| Resultado da 1ª fase | 10 de janeiro de 2025 |
| Entrevista com o candidato | 14 de janeiro de 2025 |
| Divulgação das notas da Análise Curricular | 29 de janeiro de 2025 |
| Resultado Final | 10 de fevereiro de 2025 |

Natal, 01 de novembro de 2024.

Maria Goretti Lins Monteiro

Supervisora da Comissão de Residência Médica do

Hospital Infantil Varela Santiago



FILANTRÓPICO

PEDIÁTRICO

100% SUS

Av. Deodoro da Fonseca, nº 518
Centro, Natal/RN, CEP: 59025-600

Tel: (84) 3209-8200
CNPJ 08.337.586/0001-96

www.hospitalvarelasantiago.org.br
hospital@hospitalvarelasantiago.org.br

   @hospitalvarelasantiago  @ajudeovarela

REQUERIMENTO DE ISENÇÃO DE TAXA DE INSCRIÇÃO
PROCESSO SELETIVO DA RESIDÊNCIA MÉDICA 2025

Eu, _____,
CPF: _____ RG: _____,
residente e domiciliado(a) à Av./Rua: _____,
Nº _____, Apto: _____ Bloco: _____, na Cidade de: _____,
No Estado do: _____, telefone: (____) _____,
e-mail: _____,

venho respeitosamente junto à Comissão de Residência Médica do Hospital Infantil Varela Santiago, requerer isenção de taxa de inscrição para minha participação no Processo Seletivo de Residência Médica para o ano de 2025.

Declaro estar ciente do teor do Decreto nº 6.593, de 02 de outubro de 2008, que regulamenta o Art. 11 da Lei nº 8.112 de dezembro de 1990, que prever a possibilidade de isenção de taxa de inscrição, como também o Parágrafo Único do Art. 10 do Decreto nº 83.936, de 06 de setembro de 1973, o qual caracteriza crime contra fé pública as informações falsas prestadas, ocasionando a eliminação do Processo Seletivo, como também responder por crime contra fé pública, sem prejuízo de outras sanções legais.

Natal, ____ de _____ de 2024.

Assinatura do candidato (a)



FILANTRÓPICO

PEDIÁTRICO

100% SUS

Av. Deodoro da Fonseca, nº 518
Centro, Natal/RN, CEP: 59025-600

Tel: (84) 3209-8200
CNPJ 08.337.586/0001-96

www.hospitalvarelasantiago.org.br
hospital@hospitalvarelasantiago.org.br

   @hospitalvarelasantiago  @ajudeovarela

REQUERIMENTO DE ATENDIMENTO ESPECIAL PARA CANDIDATOS PCD

PROVA DO PROCESSO SELETIVO PRM_2025

Eu, _____, Carteira de Identidade nº _____, candidato ao _____ Edital da Residência Médica em Pediatria 2025, venho requerer o atendimento especial abaixo descrito, conforme atestado médico em anexo.

Descrição do tipo de atendimento especial solicitado:

1. Candidato (a) com deficiência deverá especificar o tipo de deficiência: _____
2. Outros motivos candidato (a) temporariamente com problemas graves de saúde: acidentado, operados, pós-cirúrgico, acometido por doença: Especificar qual: _____.
3. Condições Especiais Extras

Declaro estar ciente de que as informações que estou prestando são de minha inteira responsabilidade e de que, a qualquer momento do processo do concurso se averiguado fraude ou inverdade das informações prestadas, serei eliminado automaticamente do mesmo.

Natal, ____ de _____ de 2024.

Assinatura do candidato (a)



FILANTRÓPICO

PEDIÁTRICO

100% SUS

Av. Deodoro da Fonseca, nº 518
Centro, Natal/RN, CEP: 59025-600

Tel: (84) 3209-8200
CNPJ 08.337.586/0001-96

www.hospitalvarelasantiago.org.br
hospital@hospitalvarelasantiago.org.br

   @hospitalvarelasantiago  @ajudeovarela

REQUERIMENTO CANDIDATA LACTANTE

Eu, _____, Portador do RG nº _____, CPF de nº _____, declaro que meu(s) filho(s) terá(ão) até 6(seis) meses de idade na data da aplicação da prova objetiva do concurso e desejo amamentá-lo(s) durante a prova. Comprometo-me a apresentar a(s) respectiva(s) certidão(ões) de nascimento no dia da aplicação da prova.

A candidata que estiver amamentando, além de solicitar atendimento especial para tal fim, deverá encaminhar cópia da certidão de nascimento da criança, durante o período de inscrição. Além disso, deverá anexar este Requerimento devidamente preenchido, cópia legível do documento de identificação do(a) acompanhante e entregá-lo à Secretaria da Residência Médica do Hospital Infantil Varela Santiago. O(a) acompanhante somente terá acesso ao local de prova mediante a apresentação do documento de identificação original.

Declaro estar ciente de que as informações que estou prestando são de minha inteira responsabilidade e de que, a qualquer momento do processo do concurso se averiguado fraude ou inverdade das informações prestadas, serei eliminado automaticamente do mesmo.

Natal, ____ de _____ de 2024.

Assinatura do candidato (a)



FILANTRÓPICO

PEDIÁTRICO

100% SUS

Av. Deodoro da Fonseca, nº 518
Centro, Natal/RN, CEP: 59025-600

Tel: (84) 3209-8200
CNPJ 08.337.586/0001-96

www.hospitalvarelasantiago.org.br
hospital@hospitalvarelasantiago.org.br

   @hospitalvarelasantiago  @ajudeovarela

FORMULÁRIO DE AUTODECLARAÇÃO

Eu, _____, Portador do RG nº _____, CPF de nº _____, declaro que sou preto ou pardo, conforme o quesito de cor ou raça utilizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE, para o fim específico de atender ao item 5.2.1 do edital.

Estou ciente que, se for detectada falsidade desta declaração, estarei sujeito às penalidades legais, inclusive de eliminação deste concurso, em qualquer fase, e de anulação de minha nomeação (caso tenha sido nomeado e/ou empossado) após procedimento administrativo regular, em que sejam assegurados o contraditório e a ampla defesa. Por fim, através deste termo autorizo a realização de filmagem da entrevista (caso necessário) para aferição pessoal da veracidade da autodeclaração como preto ou pardo.

Natal, ____ de _____ de 2024.

Assinatura do candidato (a)

* ESTE DOCUMENTO DEVERÁ SER IMPRESSO, ASSINADO E ENTREGUE OU ANEXADO DURANTE A INSCRIÇÃO DO CANDIDATO.



FILANTRÓPICO

PEDIÁTRICO

100% SUS

Av. Deodoro da Fonseca, nº 518
Centro, Natal/RN, CEP: 59025-600

Tel: (84) 3209-8200
CNPJ 08.337.586/0001-96

www.hospitalvarelasantiago.org.br
hospital@hospitalvarelasantiago.org.br

   @hospitalvarelasantiago  @ajudeovarela