



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

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 de o 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 edilícia. 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”.

EDITAL

CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM EM PODIATRIA CLÍNICA TURMA 2024

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 Podiatria Clínica para turma no início do **2º semestre** do ano de 2024, para 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).

O Curso de Especialização em Enfermagem em Podiatria Clínica é uma oportunidade de formação profissional qualificada para enfermeiros com interesse na área de Podiatria Clínica, Tecnologias em Saúde e Práticas Avançadas em Enfermagem, cujo objetivo é desenvolver competências e habilidades capazes de dotar os enfermeiros de uma atuação profissional qualificada no campo da assistência com vistas a avaliação, prevenção, tratamento e reabilitação dos indivíduos com afecções dos membros inferiores para promoção da saúde e bem-estar. 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 Podiatria Clínica 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).

II - VAGAS OFERECIDAS:

Serão oferecidas 60 (sessenta) vagas, sendo 30% do total de vagas oferecidas reservadas para os candidatos pelas cotas.

- 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.

II.1. DA REALIZAÇÃO

II.1.1. Em cumprimento à Lei Estadual nº 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.

II.1.1.1. Em conformidade com a Leis Estaduais nº 5346/2008 e nº6.914/2014, 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 socioeconômicos 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.

II.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.

II.1.1.3. O candidato às cotas reservadas para estudantes negros e indígenas deverá cumprir o Procedimento de Validação da Autodeclaração perante a Comissão Permanente de Validação da Autodeclaração – CPVA, nos termos da Deliberação Nº 01/2021, em calendário oportunamente divulgado a todos os candidatos.

III - DA INSCRIÇÃO:

1. Período e Local das inscrições:

- 1.1. As inscrições serão realizadas no período de 25 de março de 2024 a 28 de junho de 2024 até 23h59 min.
- 1.2. As inscrições **deverão ser feitas exclusivamente pela internet**. Acessar o endereço eletrônico <http://www.podiatriaclinicauerj.com.br> (últimas notícias), onde estará disponibilizado o Edital da Seleção para download e impressão; imprimir e assinar a ficha de inscrição (ANEXO III); digitalizar e enviar para o endereço eletrônico: podiatriclinicauerj@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;

- 1.3. O candidato deverá efetuar o pagamento da taxa de inscrição no valor de R\$100,00 (cem reais) através de **depósito ou transferência bancária** em favor de Universidade do Estado do Rio de Janeiro, junto ao **Banco Bradesco, Agência 6897, Conta Corrente 0000043-4, CNPJ: 335400140001-57**, até a data de término das inscrições.
- 1.4. Apresentar, no ato de envio da ficha de inscrição devidamente preenchida, obrigatoriamente, os documentos listados no item 2;
- 1.5. 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.

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) adotar os seguintes procedimentos se desejar concorrer pelo sistema de cotas estabelecido na Lei Estadual n 6914/2014:
 - e.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);
 - e.2) preencher, de acordo com as instruções específicas disponíveis, o Formulário de Informações Socioeconômicas juntamente com a documentação comprobatória da carência econômica e da sua opção de cota (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);
- f) tomar ciência das normas do Edital;
- g) preencher, de acordo com as instruções específicas disponíveis, o requerimento de inscrição;
- h) 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;
- i) 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.

Todo processo deverá ser realizado por meio eletrônico (ONLINE). Assim, toda e qualquer documentação deverá ser enviada para o e-mail: podiatriclinicauerj@gmail.com, conforme disposto III, alíneas 1 e 2.

3. DA CONFIRMAÇÃO DA INSCRIÇÃO:

3.1 A inscrição dos candidatos somente será confirmada após verificação da entrega da documentação requerida. O resultado da inscrição será divulgado em 01 de julho de 2024, a partir das 10 horas, através de uma listagem constando a menção: inscrição deferida ou indeferida no site do Curso de Especialização em Podiatria Clínica da Faculdade de Enfermagem da UERJ <http://www.podiatriclinicauerj.com.br>

3.2 Os candidatos que não apresentarem toda a documentação exigida serão eliminados do processo seletivo.

3.3. 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 objetiva (caráter eliminatório), versando sobre a área de Enfermagem em Podiatria Clínica, de acordo com o programa identificado no Anexo I.

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

V - CRITÉRIOS PARA APROVAÇÃO DO CANDIDATO:

- a) Será considerado aprovado na prova objetiva, o candidato que obtiver 50% (cinquenta por cento) de acertos.
- b) Será considerado aprovado o candidato que obtiver média final mínima 5,0 (cinco);
- c) A classificação final dos candidatos será divulgada em ordem decrescente da média final obtida pelo candidato.
- d) No caso de empate na média final, a classificação dos candidatos será decidida com base nos seguintes critérios:
 - menor renda (Lei 8469/2019)
 - maior idade do candidato (art.27 da Lei 10.741/2003);
 - maior nota obtida na prova escrita.

VI - DA MATRÍCULA:

- Terão direito à matrícula os candidatos aprovados e selecionados respeitados os limites de vagas estabelecidas pelo Curso;
- Em caráter excepcional poderá ser aceita, provisoriamente, declaração de conclusão da graduação plena contendo data de colação de grau, mantendo-se a apresentação dos demais documentos previstos. A não apresentação do diploma de graduação plena, ou de qualquer outro documento aqui relacionado, durante o curso implicará o impedimento de entrega da monografia;
- A matrícula dos candidatos selecionados para o Curso de Especialização em Enfermagem em Podiatria Clínica, será realizada de 15 de julho a 30 de julho de 2024 até 23:59 minutos, por via remota através do e-mail: **esp.latosensu@gmail.com**
- A taxa de matrícula, referente a primeira mensalidade do curso, no valor de R\$ 600,00 (seiscentos reais) deverá ser paga no ato da matrícula. O candidato deverá efetuar o pagamento através de **depósito identificado** em favor de **Universidade do Estado do Rio de Janeiro**, no **Banco Bradesco, Agência 6897, Conta Corrente 0000043-4, CNPJ: 335400140001-57**, até a data de término da matrícula conforme o calendário. **Não serão aceitos: comprovantes sem identificação** do candidato depositante e **depósito bancário efetuado em caixa eletrônico**.
- No ato da matrícula, o candidato deverá enviar o formulário de matrícula devidamente preenchido, o comprovante de pagamento da taxa de matrícula e todos os documentos digitalizados no formato PDF em arquivos separados para o e-mail: **esp.latosensu@gmail.com**.
- 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 a prova escrita.
- 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 Podiatria Clínica.

VII - CALENDÁRIO:

- a) Inscrições:
Data: 25/03/2024 a 28/06/2024
Horário: Até as 23h59 min
Local: podiatriaclinicauerj@gmail.com
- b) Solicitação para reserva de vagas pelo Sistema de Cotas e envio da documentação:
Data: 25/03/2024 a 05/04/2024
- c) Horário: Até as 23h59 min
Local: podiatriaclinicauerj@gmail.com
- d) Período de solicitação de isenção de taxa de inscrição e entrega de documentação
Data: 25/03/2024 a 05/04/2024
Horário: Até as 23h59 min
Local: podiatriaclinicauerj@gmail.com
- e) Resultado da solicitação de isenção de taxa de inscrição
Data: 08/04/2024

Horário: Até 18h
Local: <http://www.podiatriaclinicauerj.com.br>

- f) Recurso ao indeferimento da solicitação da isenção da taxa de inscrição
Data: 08/04/2024
Horário: A partir das 09h
Local: podiatriaclinicauerj@gmail.com
- g) Resposta ao recurso do indeferimento da solicitação da taxa de inscrição
Data: 09/04/2024
Horário: A partir das 16h
Local: <http://www.podiatriaclinicauerj.com.br>
- h) Resultado e confirmação da Inscrição:
Data: 01/07/2024
Horário: A partir das 10h
Local: <http://www.podiatriaclinicauerj.com.br>
- i) Recurso Resultado da Inscrição:
Data: 02/07/2024
Horário: Até as 18h
Local: podiatriaclinicauerj@gmail.com
- j) Divulgação dos resultados aos recursos para a inscrição:
Data: 03/07/2024
Horário: A partir das 14h
Local: <http://www.podiatriaclinicauerj.com.br>
- k) Prova escrita:
Data: 06/07/2024
Horário: das 10h às 12h
Local: (*online* por meio de mediação tecnológica)
- l) Divulgação do resultado da prova escrita:
Data: 06/07/2024
Horário: A partir das 14h
Local: <http://www.podiatriaclinicauerj.com.br>
- m) Recurso ao resultado da prova escrita:
Data: 08/07/2024
Horário: Até 18 h
Local: podiatriaclinicauerj@gmail.com
- n) Resultado dos recursos:
Data: 09/07/2024
Horário: A partir das 10h
Local: <http://www.podiatriaclinicauerj.com.br>
- o) Resultado da análise dos documentos comprobatórios de candidatos cotistas:

Data: 26/04/2024

Horário: A partir das 10h

Local: podiatriclinicauerj@gmail.com

- p) Solicitação de recurso do resultado da análise da documentação comprobatória dos candidatos cotistas:

Data: 29/04/2024

Horário: A partir das 18h

Local: podiatriclinicauerj@gmail.com

- q) Divulgação do Resultado do Recurso da análise da documentação comprobatória dos candidatos cotistas:

Data: 30/04/2024

Horário: A partir das 18h

Local: <http://www.podiatriclinicauerj.com.br>

- r) Divulgação do Resultado e Classificação Final:

Data: 10/07/2024

Horário: A partir das 10h

Local: <http://www.podiatriclinicauerj.com.br>

- s) Matrícula:

Data: 15/07/2024 a 31/07/2024

Horário: Até as 23:59 min

Local: esp.latosensu@gmail.com

- t) Divulgação dos candidatos reclassificados:

Data: 01/08/2024

Horário: A partir das 10h

Local: <http://www.podiatriclinicauerj.com.br>

- u) Matrícula dos candidatos reclassificados:

Data: 02/08/2024 a 03/08/2024

Horário: Até 17h

Local: esp.latosensu@gmail.com

- v) Período de realização do Curso:

Data: 10/08/2024 a 25/10/2025

Horário: sábados, das 8 às 12h e das 13h às 17h (2 vezes ao mês)

Observação: presencialmente as aulas teóricas serão na Faculdade de Enfermagem da UERJ e na impossibilidade dessas devido a pandemia covid19, o local será em ambiente virtual.

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) Não serão aceitos candidatos unicamente portadores de diploma obtido em Cursos Superiores de Tecnologia.

- c) As importâncias pagas não serão devolvidas quaisquer que sejam os motivos alegados.
- d) O exame de seleção só terá validade para Curso que será iniciado **no segundo semestre de 2024**.
- e) Havendo desistência após o início das atividades didático-pedagógicas não haverá chamada para novos candidatos aprovados e não selecionados, fora do calendário de reclassificação.
- f) Duração do curso: para sua integralização, o aluno deverá cumprir carga horária total de 450 horas/aula, correspondentes a 30 (trinta) créditos, incluindo-se as atividades teóricas, práticas e apresentação do Trabalho de Conclusão de Curso na modalidade de artigo científico, num prazo máximo de 14 meses letivos.
- g) Os casos omissos no presente edital serão resolvidos pela Coordenação do Curso, não cabendo recursos das suas decisões.
- h) Mensalidades: o valor total do Curso é de R\$ 9.000,00 (nove mil 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.

Endereço para correspondências e Informações

Coordenação Geral: Profa. Dra. Ariane da Silva Pires

Coordenação Adjunta: Prof. Dr. Eugenio Fuentes Pérez Júnior

Coordenação Pedagógica: Profa. Dra. Patricia Ferraccioli Siqueira Lemos

E-mail: podiatriclinicauerj@gmail.com / esp.latosensu@gmail.com

Site: <http://www.podiatriclinicauerj.com.br>

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, 23 de maio de 2024

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

ANEXO I

Bibliografia e/ou Conteúdo Programático

Processo de Enfermagem

Semiologia e semiotécnica aplicada a enfermagem

Assistência de enfermagem ao paciente com alterações do sistema tegumentar

Assistência de enfermagem ao paciente com alterações do sistema endócrino/metabólico

Assistência de enfermagem ao paciente com alterações do sistema neurológico

Assistência de enfermagem ao paciente com alterações do sistema vascular

Assistência de enfermagem ao paciente com alterações do sistema reumático

Assistência de enfermagem ao paciente no contexto das doenças infecciosas

REFERÊNCIAS RECOMENDADAS

- 1- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: Diabetes Mellitus**. Caderno de Atenção Básica nº 36. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013b. 162 p. Disponível em: < https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_pessoa_diabetes_mellitus_cab36.pdf>. Acesso em: 04 jan. 2021.
- 2- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual do pé diabético: estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2016. 62 p. Disponível em: < http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/manual_do_pe_diabetico.pdf>. Acesso em: 04 jan. 2021. BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem (COFEN).
- 3- BRASIL. **Resolução COFEN nº 358/2009**, de 15 de outubro de 2009. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências. In: Conselho Federal de Enfermagem [legislação na internet]. Brasília; 2009. Disponível em: < <http://www.portalcofen.gov> >. Acesso em 15 de novembro de 2019.

- 4- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Manual de condutas para tratamento de úlceras em hanseníase e diabetes**. 2. ed., rev. e ampl. – Brasília: Ministério da Saúde, 2008.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Manual de prevenção de incapacidades. Cadernos de prevenção e reabilitação em Hanseníase; nº 1.2008.
- 5- BRUNNER & SUDDARTH- Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica. Rio de Janeiro. Guanabara Koggan. 13ª edição. Volume 1 e 2. 2015.
- 6- GEOVANINI, T. **Tratado de feridas e curativos enfoque multiprofissional**. São Paulo: Rideel, 2014.
- 7- IWGDF. **Tradução das Recomendações do International Working Group on the Diabetic Foot**. Grupo de Estudo do Pé Diabético, 2019. Disponível em:< IDWGF), 2019. Disponível em < <https://iwgdfguidelines.org/wp-content/uploads/2020/03/Portuguese-translation-IWGDF-2019-update.pdf> > Acesso em: 10 jan. 2021.



ANEXO II
FORMULARIO DE INSCRIÇÃO
UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
CENTRO BIOMÉDICO
FACULDADE DE ENFERMAGEM
COORDENAÇÃO DE PÓS-GRADUAÇÃO LATO SENSU



FICHA DE INSCRIÇÃO 2024

Nº DE INSCRIÇÃO:

CURSO: ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM EM PODIATRIA CLÍNICA

NOME DO CANDIDATO

CPF	DATA DE NASCIMENTO	SEXO
	/ /	

IDENTIDADE	ORGÃO EXPEDIDOR	DATA EXPEDIÇÃO
		/ /

ENDEREÇO COMPLETO (RUA, AV, Nº, ETC.)

BAIRRO	CIDADE

ESTADO	CEP	TELEFONES (TODOS)
		DDD:
		DDD:

NOME DO PAI

NOME DA MÃE

EMAIL

FOI ANEXADO O COMPROVANTE DE PAGAMENTO DA INSCRIÇÃO:

SIM

Assumo o compromisso de cumprir integralmente o regulamento geral do processo seletivo, estabelecido em seu Edital, cujo texto é por mim conhecido.

DATA	ASSINATURA DO CANDIDATO
/ / 2024	



COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO (DO CANDIDATO)	
Nº INSCRIÇÃO	
DATA	
NOME DO CANDIDATO	
RÚBRICA SECRETARIA	

ANEXO III

UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO FACULDADE DE ENFERMAGEM

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA FINANCEIRA

Nos termos do Edital do Processo Seletivo para o Curso de Especialização em Podiatria Clínica (Turma 2024), 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: _____

FORMULÁRIO DE INFORMAÇÃO SÓCIO ECONÔMICAS PARACOTISTAS

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 SOCIOECONÔMICAS

	UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO – UERJ FACULDADE DE ENFERMAGEM PÓS-GRADUAÇÃO EM PODIATRIA CLÍNICA ANEXO – INFORMAÇÕES SOCIOECONÔMICAS (candidatura para o sistema de cotas)	
---	---	---

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

- 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 V – 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 CLÍNICA, para o ano de 2023 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 a o 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 VI – FORMULÁRIO DE AUTODECLARAÇÃO DE RAÇA NEGRA

Foto
colorida
3x4
(candidatos de reserva de vagas)

DECLARAÇÃO

De acordo com a Lei Estadual nº 6914/2014, eu, _____, inscrito no processo seletivo do curso de Pós- Graduação em PODIATRIA CLÍNICA para o ano de 2023 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 VII – FORMULÁRIO DE AUTODECLARAÇÃO DE DESEMPREGO
(candidatos de reserva de vagas)**

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

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

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

Rio de Janeiro, ____ / ____ / ____.

Assinatura do declarante

1ª Testemunha:

(nome completo, CPF, RG e assinatura)

2ª Testemunha:

(nome completo, CPF, RG e assinatura)

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

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

ANEXO VIII – 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 PODIATRIA CLÍNICA para o ano de 2023 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).

3,

.....
.....
.....
.....

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 IX – 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 Especialização em PODIATRIA CLÍNICA para o ano de 2023 (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 X – 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 PODIATRIA CLÍNICA para o ano de 2023
_____(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 XI – 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 XII – 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 PODIATRIA CLÍNICA para o ano de 2023, _____ (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 XIII – 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 PODIATRIA CLÍNICA para o ano de 2023 _____ (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.