



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

**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 se realizadas online, por upload dos documentos na página do curso ou por envio dos documentos por email. Há necessidade de reserva de vagas em todos os editais de seleção à pós-graduação, incluindo as turmas organizadas por convênios, seja em rede nacional ou não, mesmo que todos os candidatos sejam profissionais empregados e com salário. Os editais devem incluir a previsão do percentual legal de cotas sobre o total de vagas do Programa e os 30% referentes às cotas devem ser aplicados ao total de vagas do Edital. Em relação ao número mínimo de vagas para aplicação das cotas, seguem abaixo orientações específicas recebidas que fundamentam a decisão sobre este e outros pontos:

**Sobre número mínimo de vagas:**

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

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

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

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

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

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

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

## EDITAL

### CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM CLÍNICA - TURMA 2025.1

#### PÓS-GRADUAÇÃO LATO SENSU

A FACULDADE DE ENFERMAGEM DA UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO –UERJ, torna público o presente Edital, com normas, rotinas e procedimentos para ingresso no Curso de Especialização em Enfermagem Clínica para turma com início no **1º semestre do ano de 2025**, para portadores de diploma de Curso de Graduação Plena em Enfermagem, emitido por Instituição de Ensino Superior (IES) oficial ou reconhecida pelo Conselho Nacional de Educação (CNE).

O Curso de Especialização em Enfermagem Clínica visa proporcionar qualificação profissional específica, a fim de atender a clientela, assegurando assistência de enfermagem de qualidade, a ser oferecido nas modalidades presencial e semipresencial. Na vigência da impossibilidade de realização da modalidade presencial, ainda em virtude da pandemia de Covid-19, o Curso acontecerá por mediação tecnológica, conforme disposto no AEDA nº 29 de 22 de maio de 2020.

#### **I - PÚBLICO ALVO:**

O Curso de Especialização em Enfermagem Clínica destina-se aos portadores de Diploma de curso de Graduação Plena em Enfermagem, emitido por Instituição de Ensino Superior (IES) oficial ou reconhecida 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 n. 5346/2008 e n 6.914/2014, entende-se por:

- a) negro e indígena: aquele que se autodeclarar como negro ou indígena;
- b) estudante carente graduado da rede privada de ensino superior, aquele que, para sua formação, foi beneficiário de bolsa de estudo do Fundo de Financiamento Estudantil - FIES, do Programa Universidade para Todos - PROUNI ou qualquer outro tipo de incentivo do governo;
- c) estudante carente graduado da rede de ensino público superior entende-se como sendo aquele assim definido pela universidade pública estadual, que deverá levar em consideração o nível socioeconômico do candidato e disciplinar como se fará a prova dessa condição, valendo-se, para tanto, dos indicadores 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 à 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 **14 de novembro de 2024 a 06 de abril de 2025** até 23h59 min.
- 1.2. As inscrições **deverão ser feitas exclusivamente pela internet**. Acessar o endereço eletrônico <http://www.enfermagemclinicauerj.com.br>, 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: **posenfclinicauerj@gmail.com** junto com o comprovante do depósito da taxa de inscrição **identificada com o nome completo do candidato** e os documentos listados no item 2;
- 1.3. O candidato deverá efetuar o pagamento da taxa de inscrição no valor de R\$100,00 (cem reais) através de **depósito identificado** em favor do **Curso de Especialização em Enfermagem Clínica** da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, junto ao **Banco Bradesco, Agência 6897, Conta Corrente 0023281-5, CNPJ: 335400140001-57**, até a data de término das inscrições. **Não serão aceitos:**

comprovantes sem identificação do candidato depositante e depósito bancário efetuado em caixa eletrônico.

- 1.4. Apresentar, no ato de preenchimento da ficha de inscrição, 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.

## **1. 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 a(s) data(s) 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) *Curriculum Vitae* em 01 (uma) via;
- f) adotar os seguintes procedimentos se desejar concorrer pelo sistema de cotas estabelecido na Lei Estadual n 6914/2014:

f.1) declarar a sua condição de carência socioeconômica e optar por um único grupo de cotas no requerimento de inscrição (em formulário próprio do curso);

f.2) preencher, de acordo com as instruções específicas disponíveis, o Formulário de Informações Socioeconômicas 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);

- g) tomar ciência das normas do Edital;
- h) preencher, de acordo com as instruções específicas disponíveis, o requerimento de inscrição;
- i) apresentar os originais dos seguintes documentos pessoais: diploma da graduação, histórico escolar completo, CPF e carteira de identidade, para fins de conferência junto à Coordenação do Curso;
- j) candidatos estrangeiros deverão apresentar, adicionalmente, cópia do diploma de graduação plena e histórico escolar completo com vistos consulares brasileiros e tradução feita por tradutor público juramentado no Brasil e cópia do passaporte válido com visto de entrada no Brasil, se cabível;

## **Observações**

### **- Candidatos estrangeiros deverão apresentar adicionalmente:**

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

Todo processo deverá ser realizado por meio eletrônico (ONLINE). Assim, toda e qualquer documentação deverá ser enviada para o e-mail: **posenfclinicauerj@gmail.com**

## **2. DA CONFIRMAÇÃO DA INSCRIÇÃO:**

- 2.1. A inscrição dos candidatos somente será confirmada após verificação da entrega da documentação requerida. O resultado da inscrição será divulgado no dia **08 de abril de 2025, a partir das 18 horas**, através de uma listagem constando a menção: inscrição deferida ou indeferida no site da Especialização em Enfermagem Clínica <http://www.enfermagemclinicauerj.com.br>.
- 2.2. Os candidatos que não apresentarem toda a documentação exigida serão eliminados do processo seletivo.
- 2.3. 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 por mediação tecnológica (caráter eliminatório), versando sobre a área de Enfermagem Clínica, de acordo com o programa identificado no Anexo I.
  - b) Análise do *Curriculum Vitae* (CV) devidamente documentado, ou seja, contendo a cópia dos certificados e documentos que comprovam os itens apresentados (caráter classificatório).
- Candidatos estrangeiros prestarão adicionalmente exame de proficiência em Língua Portuguesa, exceto aqueles oriundos de países lusófonos;**
- c) Análise do *Curriculum Vitae*, onde será observado o perfil acadêmico do candidato (caráter eliminatório);

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

- a) Será considerado aprovado na prova objetiva, o candidato que obtiver 50% (cinquenta por cento) de acertos.
- b) Na análise do *Curriculum Vitae* será atribuída nota de 0,00 (zero) a 10,00 (dez).
- c) Dos resultados das etapas da prova objetiva e análise do *Curriculum Vitae* será extraída uma média ponderada final obtida pelo candidato, com peso 2 (dois) para a prova objetiva, com peso 1 (um) para análise do *Curriculum*;
- d) Será considerado aprovado o candidato que obtiver média final mínima 5,0 (cinco), considerada a ponderação indicada no subitem c; O candidato poderá ser aprovado, mas não selecionado;
- e) A classificação final dos candidatos será divulgada em ordem decrescente da média final obtida pelo candidato.
- f) 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;
- maior nota obtida na análise do Curriculum Vitae.

## **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 Clínica, será realizada de **28/04/25 a 09/05/25**, por via remota através do e-mail: **[esp.latosensu@gmail.com](mailto:esp.latosensu@gmail.com)**.
- A taxa de matrícula, referente a primeira parcela do curso, no valor de R\$ 430,00 (quatrocentos e trinta reais) deverá ser paga no ato da matrícula. O candidato deverá efetuar o pagamento através de **depósito identificado** em favor do **Curso de Especialização em Enfermagem Clínica** da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, no **Banco Bradesco, Agência 6897, Conta Corrente 0023281-5, 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 e o comprovante de pagamento da taxa de matrícula para o e-mail: **[esp.latosensu@gmail.com](mailto: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 as provas.
- Havendo desistência após o início das atividades didático-pedagógicas, não haverá chamada para candidatos aprovados e não selecionados, fora do calendário de reclassificação.
- O candidato aprovado, mas não selecionado para o preenchimento das vagas, não estará dispensado de novo processo seletivo para o Curso de Especialização em Enfermagem Clínica.

## **VII - CALENDÁRIO:**

- Inscrições  
Data: 14/11/2024 a 06/04/25  
Horário: Até as 23h59 min  
Local: **[posenfclinicauerj@gmail.com](mailto:posenfclinicauerj@gmail.com)**
- Solicitação para reserva de vagas pelo Sistema de Cotas e envio da documentação  
Data: 14/11/2024 a 28/03/25  
Horário: Até as 23h59 min  
Local: **[posenfclinicauerj@gmail.com](mailto:posenfclinicauerj@gmail.com)**
- Período de solicitação de isenção de taxa de inscrição e entrega de documentação  
Data: 14/11/2024 a 31/03/25  
Horário: Até as 23h59 min  
Local: **[posenfclinicauerj@gmail.com](mailto:posenfclinicauerj@gmail.com)**

- d) Resultado da solicitação de isenção de taxa de inscrição  
Data: 02/04/25  
  
Horário: Após 12h  
Local: <http://www.enfermagemclinicauerj.com.br>
- e) Recurso ao indeferimento da solicitação da isenção da taxa de inscrição  
Data: 03/04/25  
  
Horário: A partir das 18h  
Local: [posenfclinicauerj@gmail.com](mailto:posenfclinicauerj@gmail.com)
- f) Resposta ao recurso do indeferimento da solicitação da taxa de inscrição  
Data: 04/04/25  
  
Horário: A partir das 12h  
Local: <http://www.enfermagemclinicauerj.com.br>
- g) Resultado e confirmação da Inscrição  
Data: 08/04/25  
Horário: A partir das 12h  
Local: <http://www.enfermagemclinicauerj.com.br>
- h) Recurso do Resultado da Inscrição  
Data: 08/04/25  
  
Horário: Até as 18h  
Local: [posenfclinicauerj@gmail.com](mailto:posenfclinicauerj@gmail.com)
- i) Divulgação dos resultados aos recursos para a inscrição  
Data: 09/04/25  
Horário: A partir das 18h  
Local: <http://www.enfermagemclinicauerj.com.br>
- j) Prova escrita:  
Data: 12/04/25  
  
Horário: das 09h às 12h  
Local: Ambiente virtual (será divulgado por e-mail no dia anterior à prova)
- k) Divulgação do gabarito da prova escrita  
Data: 12/04/25  
  
Horário: A partir das 16h  
Local: <http://www.enfermagemclinicauerj.com.br>
- l) Divulgação do resultado da prova escrita  
Data: 15/04/25  
Horário: A partir das 12h  
Local: <http://www.enfermagemclinicauerj.com.br>
- m) Recurso ao resultado da prova escrita  
Data: 15/04/25  
Horário: Até 18 h  
Local: <http://www.enfermagemclinicauerj.com.br>
- n) Resultado dos recursos  
Data: 16/04/25



Horário: A partir das 12h  
Local: <http://www.enfermagemclinicaUERJ.com.br>

- o) Resultado da análise dos documentos comprobatórios de candidatos cotistas  
Data: 24/04/25

Horário: A partir das 8h  
Local: <http://www.enfermagemclinicaUERJ.com.br>

- p) Solicitação de recurso do Resultado da análise da documentação comprobatória dos candidatos cotistas  
Data: 24/04/25  
Horário: Até 18h  
Local: <http://www.enfermagemclinicaUERJ.com.br>

- q) Divulgação do Resultado do Recurso da análise da documentação comprobatória dos candidatos cotistas  
Data: 25/04/25  
Horário: A partir das 18h  
Local: <http://www.enfermagemclinicaUERJ.com.br>

- r) Divulgação dos resultados da análise do Curriculum Vitae  
Data: 25/04/25  
Horário: A partir das 12h  
Local: <http://www.enfermagemclinicaUERJ.com.br>

- s) Divulgação do Resultado e Classificação Final  
Data: 25/04/25  
Horário: A partir das 18h  
Local: <http://www.enfermagemclinicaUERJ.com.br>

- t) Matrícula  
Data: 28/04/25 a 08/05/25  
Horário: Até as 23:59 min  
Local: [esp.latosensu@gmail.com](mailto:esp.latosensu@gmail.com)

- u) Divulgação dos candidatos reclassificados  
Data: 09/05/25  
Horário: A partir das 8h  
Local: <http://www.enfermagemclinicaUERJ.com.br>

- v) Matrícula dos candidatos reclassificados  
Data: 09/05/25  
Horário: Até 23:59 min  
Local: [esp.latosensu@gmail.com](mailto:esp.latosensu@gmail.com)

- w) Período de realização do Curso  
Data: 10/05/2025 a 09/05/2026  
Horário: sábados, das 8 às 12h e 13h às 17h.  
Local: O ambiente virtual (será divulgado por e-mail) e o presencial (dependências da Faculdade de Enfermagem).

## **VIII - DISPOSIÇÕES GERAIS:**

- a) A inscrição do candidato implicará em 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 a ser iniciado **no primeiro semestre de 2025**.
- 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 495 horas/aula, correspondentes a 33 (trinta e três) créditos, e apresentar o Trabalho de Conclusão de Curso, num prazo máximo de 24 semestres 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\$ 6.450,00 (seis mil quatrocentos e cinquenta reais) podendo ser pago em uma única parcela; ou em até 15 (quinze) mensalidades de R\$ 430 (quatrocentos e trinta reais), a serem quitadas todo dia 10 de cada mês.

### **Endereço para correspondências e Informações**

**Coordenação Geral: Ellen Marcia Peres**

**Coordenação Adjunta: Priscila Cristina da Silva Thiengo de Andrade**

**Coordenação Pedagógica: Helena Ferraz Gomes**

**E-mail:** [posenfclinauerj@gmail.com](mailto:posenfclinauerj@gmail.com) / [esp.latosensu@gmail.com](mailto:esp.latosensu@gmail.com)

**Site:** <http://www.enfermagemclinicauerj.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, 14 de janeiro de 2025

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

## ANEXO I

### Conteúdo Programático

#### **PROGRAMA DO CURSO**

?

?

Infecção Relacionada à Assistência à Saúde

?

Farmacologia Aplicada à Enfermagem Clínica

?

Semiologia e Semiotécnica Aplicada a Enfermagem

?

O processo de cuidados de enfermagem junto ao paciente com alterações do sistema endócrino metabólico

?

O processo de cuidados de enfermagem junto ao paciente com alterações do sistema tegumentar

?

O processo de cuidados de enfermagem junto ao paciente com alterações do sistema neurológico

?

O processo de cuidados de enfermagem junto ao paciente com alterações do sistema gastrointestinal

?

O processo de cuidados de enfermagem junto ao paciente com alterações do sistema cardiovascular

?

O processo de cuidados de enfermagem junto ao paciente com alterações do sistema respiratório

O processo de cuidados de enfermagem junto ao paciente com alterações do sistema hematológico

#### **REFERÊNCIAS RECOMENDADAS**

- 1- BRUNNER & SUDDARTH- Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica. Rio de Janeiro. Guanabara Koggan. 13ª edição. Volume 1 e 2. 2015.
- 2- DEALEY, C. *Cuidando de feridas: um guia para as enfermeiras* coordenação e revisão técnica Rúbia Aparecida Lacerda; tradução Merle Scoss. 2ªed, São Paulo: Atheneu, 2006.
- 3- BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária Medidas de Prevenção de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde. Brasília: Anvisa, 2017.

ANEXO II

**MODELO DE CURRICULUM VITAE**

<b>QUALIFICAÇÃO ACADEMICA (3,5)</b>	<b>VALOR DO ITEM</b>	<b>VALOR OBTIDO</b>
Curso de especialização em qualquer área	0,5	
Cursos de atualização na área de enfermagem	0,5	
Graduação em outra área	0,5	
Graduação na Enfermagem	1,0	
Formação técnica na área	1,0	
Sub-total		
<b>EXPERIENCIA PROFISSIONAL ASSISTENCIAL (4,0)</b>		
Experiência na área como Enfermeiro hospitalar	1,0	
Experiência na área como Nível médio hospitalar	1,0	
Experiência como estagiário ou bolsista	1,0	
Experiência na atenção básica qualquer nível ou função	0,5	
Experiência em supervisão ou chefia	0,5	
Sub-total		
<b>PARTICIPAÇÃO EM EVENTOS (2,0)</b>		
Participação em Congresso e Seminário	0,5	
Participação em curso de atualização profissional	0,5	
Apresentação de trabalhos em eventos	0,5	
Curso de formação complementar	0,5	
Sub-total		
<b>PRODUÇÃO CIENTIFICA (0,5)</b>		
Artigo científico publicado em periódico (qualis B3 ou superior)	0,5	
Sub-total		
<b>TOTAL</b>		

**ANEXO III  
FORMULARIO DE INSCRIÇÃO**



**UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO  
CENTRO BIOMÉDICO  
FACULDADE DE ENFERMAGEM  
COORDENAÇÃO DE PÓS-GRADUAÇÃO *LATO SENSU***



**FICHA DE INSCRIÇÃO 2025.1**

**Nº DE INSCRIÇÃO:**

**CURSO: ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM CLÍNICA**

NOME DO CANDIDATO:																									

C.P.F.:										DATA NASCIMENTO:					SEXO:			
					-							/		/			<input type="checkbox"/> MASC.	<input type="checkbox"/> FEM.

IDENTIDADE:										ÓRGÃO EXP.:					DATA EXP.:					
																	/		/	

ENDEREÇO (Rua, Av., Nº etc):																									

BAIRRO:										CIDADE:					

U.F.:	C.E.P.:	DDD:	TELEFONE (todos):

NOME DO PAI:																									

NOME DA MÃE:																									

E-MAIL:																									

**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

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO (DO CANDIDATO)		DATA:	/ / 23(4)	Nº DE INSCRIÇÃO:	
CURSO:					
NOME DO CANDIDATO:					
RUBRICA SECRETARIA:					

**ANEXO IV**

**UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO  
FACULDADE DE ENFERMAGEM**

**DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA FINANCEIRA**

Nos termos do Edital do Processo Seletivo para o Curso de Especialização em Enfermagem Clínica (**Turma 2025.1**), solicito a isenção do pagamento da taxa de inscrição, conforme segue abaixo:

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

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

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

Nome	CPF	PARENTESCO	RENDA MENSAL

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

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

Declaro:



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

DATA: \_\_\_\_\_ ASSINATURA: \_\_\_\_\_

## **ANEXO V – FORMULÁRIO DE INFORMAÇÃO SOCIOECONÔMICAS PARA COTISTAS**

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

## ANEXO VI – INFORMAÇÕES SOCIOECONÔMICAS

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

### 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 VII- 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 2025., sob o número de Inscrição \_\_\_\_\_, declaro, sob pena das sanções penais previstas no Decreto-lei nº 2848/1940 (Código Penal, artigos 171 e 299), administrativas (nulidade de matrícula, dentre outros) e civis (reparação ao erário), além das sanções previstas nas normas internas da UERJ, identificar-me como indígena.

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

( ) Etnia ou povo a que pertenço. 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 RAÇA NEGRA (candidatos de reserva de vagas)**

Foto  
colorida  
3x4

DECLARAÇÃO

De acordo com a Lei Estadual nº 6914/2014, eu, \_\_\_\_\_, inscrito no processo seletivo do curso de Pós-Graduação em ENFERMAGEM CLÍNICA para o ano de 2025 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 VII – 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 ENFERMAGEM CLÍNICA para o ano de 2025 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 VII – 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 ENFERMAGEM CLÍNICA para o ano de 2025 (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 VII – FORMULÁRIO DE AUTODECLARAÇÃO DE CESSÃO DE POSSE OU OCUPAÇÃO (candidatura para o sistema cotas)**

Eu, \_\_\_\_\_ (nome completo do declarante), \_\_\_\_\_ (estado civil do declarante), \_\_\_\_\_ (grau de parentesco com o candidato(a)) do candidato ao processo seletivo do curso de Pós-Graduação em ENFERMAGEM CLÍNICA para o ano de 2025 \_\_\_\_\_ (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 VII – 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 VII – FORMULÁRIO DE AUTODECLARAÇÃO DE PAGAMENTO DE PENSÃO ALIMENTÍCIA (candidatura para o sistema de cotas)**

Eu, \_\_\_\_\_ (nome completo do provedor), \_\_\_\_\_ (estado civil do provedor), \_\_\_\_\_ (grau de parentesco com o candidato(a)) do candidato ao processo seletivo do curso de Pós-Graduação em ENFERMAGEM CLÍNICA para o ano de 2025, \_\_\_\_\_ (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 VII – FORMULÁRIO DE AUTODECLARAÇÃO DE RENDA  
(se o preenchimento foi feito pelo trabalhador)**

Eu, \_\_\_\_\_ (nome completo do declarante), \_\_\_\_\_ (estado civil do declarante), \_\_\_\_\_ (grau de parentesco com o candidato(a)) do candidato(a) ao processo seletivo do curso de Pós-Graduação em ENFERMAGEM CLÍNICA para o ano de 2025 \_\_\_\_\_ (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.**