

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
FACULDADE DE MEDICINA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM MEDICINA (ENDOCRINOLOGIA)**

**EDITAL DE SELEÇÃO AO CURSO DE MESTRADO 2024-2  
EDITAL Nº 479, DE 14 DE JUNHO DE 2024**

A Coordenação do Programa de Pós-Graduação em Medicina (Endocrinologia) da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro, conforme a legislação em vigor torna público, para conhecimento dos(as) interessados(as), que as **inscrições** para o exame de seleção para ingresso no **Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Medicina, Área de Concentração em Endocrinologia**, para o **segundo semestre de 2024**, ocorrerão de forma remota nos dias **8, 9, 10, 11 e 12 de julho de 2024**.

**1. DISPOSIÇÕES GERAIS:**

**1.1. DO NÚMERO DE VAGAS:** Serão ofertadas **9 (nove) vagas**.

1.1.1 De acordo com a Resolução CEPG/UFRJ Nº 118, de 30 de setembro de 2022, as vagas serão distribuídas da seguinte maneira:

- I - 75% das vagas para a modalidade ampla concorrência **(6 vagas)**;
- II - 20% das vagas para pessoas pretas, pardas e indígenas **(2 vagas)**;
- III- 5% das vagas para pessoas com deficiência (PcD) **(1 vaga)**.

1.1.2 No caso de candidatas mães que tiveram filhos(as) por adoção e/ou gestação nos últimos cinco anos, a contar da data de divulgação do edital de seleção, será aplicado fator fixo de correção de 1,10 que deverá ser multiplicado na nota final.

**OBSERVAÇÕES:**

- Para o(a) candidato(a) optante na categoria pessoas pretas/pardas é preciso apresentar autodeclaração no ato da inscrição em formulário próprio **(Anexo 1)**.
- Os(as) candidatos(as) autodeclarados(as) pretos(as) e pardos(as) serão submetidos ao procedimento de heteroidentificação, após o processo seletivo e previamente à matrícula no programa, por uma comissão específica, instituída pela UFRJ na forma da lei, para que não haja desvio da finalidade da política de ações afirmativas (Resolução Consuni nº 24/2020). Serão eliminados da seleção os(as) candidatos(as) cujas autodeclarações não forem confirmadas em procedimento de heteroidentificação, ainda que tenham obtido nota suficiente para aprovação na ampla concorrência e independentemente de alegação de boa-fé.
- Para o(a) candidato(a) optante indígena é preciso apresentar carta assinada por liderança ou organização indígena, indicando o vínculo à comunidade indígena a qual o optante pertence, além de seu memorial, relatando sua trajetória (formação escolar, outros cursos, atuação junto à comunidade ou em movimentos, experiência profissional etc.), com menção à comunidade específica a qual está identificado, devidamente registrada pela Fundação Nacional do Índio ou órgão equivalente.
- Para o(a) candidato(a) com deficiência a confirmação da autodeclaração se baseará na apresentação de laudo médico, original e cópia, expedido por profissional especialista na área, atestando a espécie e o grau ou nível da deficiência elencada no Anexo 01, nos termos do Art.

5º do Decreto nº 5.296/04 (classificação das deficiências), da Lei nº 12.764/12 (lei de ingresso para pessoas com deficiência) e das Súmulas STJ 377/2009 e AGU 45/2009, com expressa referência à Classificação Internacional de Doenças (CID), informando também o seu nome, documento de identidade (RG) e número de CPF. O Laudo Médico deverá ser legível a fim de possibilitar a sua plena leitura, contendo data, assinatura e carimbo profissional com o número de inscrição no Conselho Regional de Medicina (CRM) **(Anexo 2)**.

- Para as candidatas mães que tiveram filhos(as) por adoção e/ou gestação nos últimos cinco anos, a contar da data de divulgação do edital de seleção, é preciso apresentar a certidão de nascimento ou documento equivalente do filho(a).

- Não havendo candidatos(as) aprovados(as) em número suficiente para ocupar as vagas destinadas às ações afirmativas, as vagas remanescentes serão revertidas para outra categoria de ação afirmativa. Caso não haja, serão direcionadas para a ampla concorrência, sendo preenchidas pelos demais candidatos(as) aprovados(as), de acordo com a ordem de classificação.

- A Comissão de Seleção se reserva o direito de, caso julgue necessário, encaminhar as autodeclarações ao Ministério Público Federal para controle da autenticidade e adoção das medidas cabíveis.

## **1.2 DAS INSCRIÇÕES:**

1.2.1 As inscrições serão realizadas através do endereço eletrônico **endocrinologiaufrj@gmail.com**.

1.2.2 Não será cobrada taxa de inscrição para a participação dos candidatos(as) no processo seletivo.

1.2.3 Os(as) interessados(as) deverão encaminhar, para o endereço eletrônico os documentos listados abaixo, em PDF, autenticados, sendo um por arquivo, exceto os que precisarem de frente e verso, estes deverão constar no mesmo arquivo:

(a) Projeto de pesquisa (20 páginas, exceto referências, incluindo: 1) Título, 2) Resumo, 3) Introdução/Referencial teórico, 4) Justificativa (atualidade e relevância do tema da pesquisa), 5) Objetivos, 6) Metodologia, 7) Cronograma de atividades, 8) Declarações éticas, 9) Fontes de financiamento e 10) Referências bibliográficas. O projeto deverá ser **previamente definido e assinado pelo(a) professor(a) do Programa, que será o(a) orientador(a)**;

(b) Curriculum Lattes atualizado **modelo Completo** (comprovantes serão apresentados quando solicitados);

(c) 2 Fotos 3x4 (entregar quando solicitadas);

(d) Diploma de Graduação (poderá ser aceito um termo de compromisso de conclusão de curso, estando à matrícula condicionada à apresentação da certidão de colação de grau no curso de graduação).

(e) Histórico escolar da graduação;

(f) Carteira do Conselho Profissional, conforme o caso;

(g) Documento de identidade com foto;

(h) CPF;

(i) Certidão de nascimento/casamento;

(j) Certificado de reservista ou dispensa (apenas para os homens);

(k) Título de eleitor;

(l) Certidão de quitação eleitoral;

(m) Comprovante de Inscrição e de Situação Cadastral do CPF;

(n) Ficha de inscrição (disponibilizada pelo(a) orientador(a)). Caso o candidato(a) opte por vagas das políticas de ações afirmativas deverá preencher o campo específico no ato de

inscrição e apresentar a documentação necessária (campo OBSERVAÇÕES do item 1.1 DO NÚMERO DE VAGAS).

1.2.4 Não serão aceitas inscrições com **documentação incompleta**.

### **1.3 DA SELEÇÃO:**

1.3.1 A seleção será baseada na apresentação e análise da viabilidade do projeto de pesquisa, que deverá ser apresentado em 30 minutos, com posterior arguição por parte dos integrantes da comissão de seleção.

1.3.2 A comissão de avaliação será formada pelo(a) orientador(a) do(a) candidato(a), pela Coordenadora e/ou Substituta Eventual e 2 (dois) professores(as) do Programa de Pós-Graduação em Medicina (Endocrinologia) da UFRJ. Caso necessário, 1 (um) membro externo poderá ser convocado.

1.3.2 A apresentação será realizada de forma remota e/ou presencial nos dias **15, 16, 17, 18 e 19 de julho de 2024**, sendo previamente agendada com a comissão de seleção.

### **1.4 DO RESULTADO:**

1.4.1 O resultado da seleção será processado até o dia **22 de julho de 2024** e será comunicado por e-mail aos candidatos(as).

1.4.2 Os candidatos(as) aprovados(as) **serão matriculados após a confirmação por e-mail**, informando o desejo de participar do Programa de Pós-Graduação em Medicina (Endocrinologia);

1.4.3 O Programa de Pós-Graduação em Medicina (Endocrinologia) não garante a concessão de bolsas;

1.4.4 Caso disponível, a distribuição de bolsas seguirá as recomendações da INSTRUÇÃO NORMATIVA CEPG/UFRJ Nº 110, DE 02 DE OUTUBRO DE 2023;

1.4.5 Os casos omissos ou duvidosos serão julgados pela Comissão Deliberativa do Programa de Pós-Graduação em Medicina (Endocrinologia).

---

Prof<sup>a</sup>. Glaecir Roseni Mundstock Dias  
Coordenadora do Programa de Pós-Graduação  
Em Medicina – Endocrinologia

---

Prof<sup>a</sup>. Mônica Roberto Gadelha  
Diretora Adjunta de Pós- Graduação

## ANEXO 1

### AUTODECLARAÇÃO PARA FINS DE CONCORRER NA MODALIDADE DE RESERVA DE VAGAS PARA PESSOAS CANDIDATAS PRETAS E PARDAS

Eu: \_\_\_\_\_  
Data de Nascimento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Naturalidade: \_\_\_\_\_  
Identidade: \_\_\_\_\_ Data Emissão: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Órgão Emissor: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_ Estado civil: \_\_\_\_\_  
Endereço: \_\_\_\_\_ Número: \_\_\_\_\_  
Complemento: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_  
Cidade: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_  
Telefone residencial: (\_\_\_) \_\_\_\_\_ Celular: (\_\_\_) \_\_\_\_\_  
E-mail: \_\_\_\_\_

Estou ciente e concordo com as regras do Edital 889 do Programa de Pós-Graduação em Medicina (Endocrinologia), da Universidade Federal do Rio de Janeiro, declarando-me preto(a) ou pardo(a), sendo socialmente reconhecido(a) como tal. Por esta razão, opto por concorrer na modalidade de reserva de vagas para pessoas candidatas pretas e pardas.

Rio de Janeiro, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_.

---

Assinatura do candidato(a)

## ANEXO 2

### MODELO SUGERIDO DE LAUDO MÉDICO PARA CANDIDATOS(AS) COM DEFICIÊNCIA

#### 1) IDENTIFICAÇÃO DO(A) CANDIDATO(A) À VAGA PARA PESSOA COM DEFICIÊNCIA:

NOME: \_\_\_\_\_  
NOME SOCIAL: \_\_\_\_\_  
DATA DE NASCIMENTO: \_\_\_\_\_  
GÊNERO: \_\_\_\_\_  
RG: \_\_\_\_\_  
UF/RG: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_  
TELEFONE: \_\_\_\_\_  
ENDEREÇO: \_\_\_\_\_  
E-MAIL: \_\_\_\_\_

#### 2) IDENTIFICAÇÃO DO(A) MÉDICO(A) RESPONSÁVEL:

NOME: \_\_\_\_\_  
REGISTRO PROFISSIONAL (CRM): \_\_\_\_\_  
LOCAL DO ATENDIMENTO: \_\_\_\_\_  
TELEFONE: \_\_\_\_\_

#### 3) INFORMAÇÕES MÉDICAS:

TIPO DE DEFICIÊNCIA	CÓDIGO INTERNACIONAL DE DOENÇAS (CID-10) Listar todos os códigos necessários
Deficiência FÍSICA	
Deficiência AUDITIVA	
Deficiência VISUAL	
Deficiência INTELECTUAL	
Deficiência MÚLTIPLA	
Deficiência SURDO-CEGUEIRA	
Transtorno do Espectro Autista	
Descrição detalhada do tipo e grau de deficiência que justifique a reserva de vaga	

Observações: Todos os campos deverão ser preenchidos de forma LEGÍVEL ou datilografados. A UFRJ se reserva ao direito de solicitar informações, esclarecimentos e documentos complementares (do requerente e do(a) médico(a) responsável pelo atestado), bem como submeter a parecer técnico e ainda **avaliação presencial**.

O presente formulário somente terá validade se estiver devidamente preenchido com todas as informações médicas; O(a) médico(a) assume, sob pena da lei, total responsabilidade pela veracidade das informações médicas aqui prestadas.

Rio de Janeiro, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura e Carimbo com CRM do(a) Médico(a)      \_\_\_\_\_  
Assinatura do(a) candidato(a) ou Representante legal