

Vice-Presidência de Educação, Informação e Comunicação – VPEIC

Coordenação Adjunta de Residências em Saúde-VPEIC

Nota Técnica 02/2021

Assunto: Orientações sobre a emissão de certificados dos residentes nos programas em Área Profissional de Saúde (multiprofissional e ou uniprofissional)

Por meio da constituição de um Grupo de Trabalho (GT) e consulta com especialistas e normativas legais e vigentes, a Coordenação Adjunta de Residências -CGE da Vice-presidência de Educação, Informação e Comunicação (VPEIC) da Fiocruz recomenda como modo complementar que os Certificados de Conclusão dos Programas de Residências em área profissional da saúde valorizem as seguintes orientações:

De acordo com os artigos 34 e 35 da Resolução nº 7 de 13 de novembro de 2014 da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS/MEC), conforme descrito abaixo:

Art. 34. A emissão de certificado de conclusão de Programa de Residência em Área Profissional da Saúde é de responsabilidade da instituição proponente responsável pela execução do programa.

Art. 35. O certificado de conclusão conterá as seguintes informações, no mínimo:

- I - Titulação de especialista lato sensu na modalidade residência;
- II - Nome da instituição proponente responsável pela execução do programa;
- III - Nome, documento de identificação oficial (RG) e categoria profissional do egresso da formação;
- IV - Nome, tipo e área de concentração do programa;
- V - Carga horária total e período de execução do programa; e
- VI - Assinatura do responsável pela instituição, do coordenador do programa e do egresso.

Para a expedição dos certificados serão respeitadas as normas próprias da instituição proponente, com relação à tramitação, autoridades regulamentadas para assinarem, a padronização institucional de certificados. Caso o certificado padronizado pela instituição não contenha todos os dados exigidos pela CNRMS, os que faltarem poderão ser inseridos em seu verso, com um carimbo, constando a(s) assinatura(s) que complementa(m) o que exige o artigo 35 da Resolução nº 7 de 13/11/14.

Associa-se ainda a Portaria Fiocruz nº 928/2017-PR de 03/07/2017 que tem como objetivo:

Delegar aos diretores de unidade da Fundação Oswaldo Cruz - Fiocruz, a atribuição de assinar os certificados de cursos de pós-graduação Latu Sensu oferecidos pela Instituição no âmbito da Escola de Governo.

Deste modo segue em anexo a esta nota, o modelo recomendado para elaboração do certificado que apresenta o nome do programa de residência junto com a área de concentração, e que os termos referentes à titulação de especialista lato sensu na modalidade residência seja descrito no item de apostilamento, no verso do certificado. Destaca-se ainda que em breve este modelo estará também disponível no SIGALS e futuramente no SIEF Residências.

Rio de Janeiro, 16 de agosto de 2021.

Coordenação Adjunta de Residências e Fórum de Coordenadores de Residências da FIOCRUZ/VPEIC

Participaram do GT:

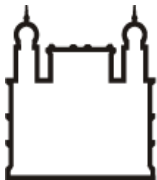
Coordenação adjunta de Residências/VPEIC- Adriana Coser Gutiérrez, Carmen Pagotto, Maria Alice Pessanha e Silvana S. Rossi.

Especialista convidada: Marta Sartori Tavares- Coordenação Geral de Educação /VPEIC

Cassia de Andrade Araújo - Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental, Álcool e outras drogas-GEREB

Táisa Lessa- Secretária Acadêmica- GEREB

Especialista convidado: Ricardo Burg Ceccim- Ex Coordenador da Comissão de Residência em Área Profissional da Saúde/Multiprofissional (Coremu), UFRGS e Ex membro titular da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional de Saúde- CNRMS/MEC



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz

Logo da unidade, caso tenha

C E R T I F I C A D O

A direção da **Nome da Unidade proponente** da FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, no uso de suas atribuições regimentais, , confere o presente Certificado a **NOME DO EGRESSO**, cédula de identidade nº **(exigir do Conselho) nº xxxxx (data expedição - órgão expedidor/UF)**, nascida em **xx/xx/xxxx**, nacionalidade **brasileira**, natural de **Rio de Janeiro**, por haver concluído, no ano de **xxxx**, o Programa de Residência **em Área Profissional da Saúde (identificar se Multiprofissional ou Uniprofissional)**, na área de concentração **xxxxx xxxxxxxxxxxxxx**.

Cidade, dia do mês de ano.

Xxxxxxxxx XXXXX

Coordenador(a) do Programa

Xxxxxxxxx XXXXX

Egresso

Xxxxxxxxx XXXXX

Diretor

APOSTILA

O presente Certificado cumpre os dispositivos da Resolução MEC CNRMS Nº 7/2014 e da Portaria Fiocruz nº 928/2017-PR de 03/07/2017

O Programa de Residência em Área Profissional da Saúde –xxxxx (área de concentração), de especialista *lato sensu* na modalidade residência, coordenado pelos Profs. (título) Xxxx Xxxxx e (título) Xxxxx Xxxxx foi realizado no período de xx de xxxx de xxxx a xx de xxxxxx de xxxx, totalizando xxxxxx horas. Autorização MEC xxxxxxxx

**MINISTÉRIO DA SAÚDE
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
Nome da Unidade**

Certificado registrado sob o n.º _____, no Livro n.º _____, fls. _____, em _____, de acordo com a Resolução nº 7, de 13 de novembro de 2014.

Local (Cidade), dia/mês/ano.

Visto _____

Nome
Chefe da Secretaria Acadêmica