



Programa de Aperfeiçoamento Profissional, Modalidade de Ensino de Pós Graduação, Especialização Lato Sensu / 2026



**FORMULÁRIO DE MATRÍCULA**

(Preencher com letra de forma)

Nome completo sem abreviaturas:		Sexo: ( ) Feminino ( ) Masculino
Data de Nascimento: ____/____/____	Cidade de Nascimento:	Estado:
RG:	CPF:	TAM. JALECO:
Título Eleitoral:	Reservista:	
PIS / PASEP / NIT:	CARTÃO SUS N.	
Estado Civil:		
<b>DADOS DO PAI:</b>		
Nome:		
CPF:	RG:	Data Nascimento: ____/____/____
<b>DADOS DA MÃE:</b>		
Nome:		
CPF:	RG:	Data Nascimento: ____/____/____
Endereço Completo Atual (Rua, Nº)		Bairro:
CEP:	Cidade:	Estado:
CEL: ( )	Fone Fixo: ( )	e-mail:

BANCO DO BRASIL - AGENCIA: _____ CONTA CORRENTE Nº: _____
---

FORMAÇÃO SUPERIOR:	Nome do Conselho:	Nº. Conselho Regional:
NOME FACULDADE / UNIVERSIDADE:	ANO DE CONCLUSÃO	
CIDADE ONDE CURSOU A GRADUAÇÃO:	ESTADO:	
NOME DO PROGRAMA A SER CURSADO:		

DECLARO estar DE ACORDO com as Normas do Processo Seletivo para o Programa de Aperfeiçoamento 2026, da Fundação Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto – FUNFARME, conforme o disposto no Edital n. 038/2025.

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Data da Matrícula

\_\_\_\_\_  
Assinatura do candidato

**FUNDAÇÃO FACULDADE REGIONAL DE MEDICINA DE**  
**SÃO JOSÉ DO RIO PRETO E FACULDADE DE MEDICINA**  
**DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO – FUNFARME**

**DECLARAÇÃO**

EU, \_\_\_\_\_,  
CANDIDATO APROVADO NO PROCESSO SELETIVO PARA O  
EXERCÍCIO DE 2026, NA ÁREA DE  
\_\_\_\_\_, **DECLARO ESTAR CIENTE**  
DE QUE SERÃO DESCONTADOS MENSALMENTE DA BOLSA DE  
ESTUDOS A MIM ATRIBUÍDA, AS RETENÇÕES TRIBUTÁRIAS E  
PREVIDENCIÁRIAS NOS TERMOS DA LEI VIGENTE.

SÃO JOSÉ DO RIO PRETO, \_\_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_ DE 2026.

\_\_\_\_\_  
ASSINATURA DO BOLSISTA

## ***Programa de Aperfeiçoamento Profissional, Modalidade de Ensino de Pós-Graduação, Especialização Lato Sensu / 2026***

### **DECLARAÇÃO DE INEXISTÊNCIA DE VÍNCULO EMPREGATÍCIO COM INSTITUIÇÕES PÚBLICAS OU PRIVADAS, VINCULADAS AO SUS.**

**À FUNFARME - FUNDAÇÃO FACULDADE REGIONAL DE MEDICINA DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO.**

#### **Ciente de Que:**

As bolsas de Aperfeiçoamento somente serão outorgadas aos participantes de programas de aperfeiçoamento de profissionais não - médicos da Área da Saúde, que não recebam remuneração laboral ou outros rendimentos, proveniente de relação empregatícia ou contratual com empresa pública ou privada, vinculadas ao SUS.

Na eventualidade da existência de vínculo empregatício ou contratual do futuro bolsista com instituição pública ou privada vinculada ao SUS, este deverá, no momento da matrícula, apresentar atestado expedido pelo empregador de que não receberá salários ou outro rendimento de qualquer natureza enquanto participar do Programa de aperfeiçoamento.

#### **Declaro que:**

Não recebo remuneração laboral ou outros rendimentos provenientes de relação empregatícia ou contratual com empresa pública ou privada vinculadas ao Sistema Único de Saúde (SUS).

Declaro, ainda, estar ciente que, caso essa situação venha ocorrer, deverei solicitar o meu desligamento do Programa de Aperfeiçoamento ou apresentar atestado de órgão empregador, comprovando que não receberei salários ou outros rendimentos.

São José do rio Preto \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Nome do Aperfeiçoando: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Aperfeiçoando

## TERMO DE COMPROMISSO, SIGILO E CONFIDENCIALIDADE

Eu \_\_\_\_\_  
CPF n.º \_\_\_\_\_, RG n.º \_\_\_\_\_  
estado civil \_\_\_\_\_, profissão \_\_\_\_\_  
residente e domiciliado na Rua: \_\_\_\_\_  
no município de \_\_\_\_\_, Estado de \_\_\_\_\_

Considerando que para bom e fiel desempenho das atividades da FUNDAÇÃO FACULDADE REGIONAL DE MEDICINA DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO faz-se necessária a disponibilização de informações técnicas e confidenciais, incluídas as de projeto, especificação, funcionamento, organização e desempenho da referida empresa, declaro estar ciente e firmo o seguinte compromisso:

### CLÁUSULA PRIMEIRA – DO OBJETO

O objeto do presente termo é a proteção das INFORMAÇÕES CONFIDENCIAIS disponibilizadas pela FUNFARME, em razão da relação de emprego desenvolvida pelas partes.

### CLÁUSULA SEGUNDA – DAS DEFINIÇÕES

Todas as informações técnicas obtidas através da relação de emprego com a FUNFARME e relacionadas a projeto, especificação, funcionamento, organização ou desempenho da referida empresa serão tidas como CONFIDENCIAIS E SIGILOSAS.

**PARÁGRAFO ÚNICO:** Serão consideradas para efeito deste termo toda e qualquer informação, patenteada ou não, de natureza técnica, operacional, comercial, jurídica, Know-how, invenções, processos, fórmulas e *desings*, patenteáveis ou não, planos de negócios (*business plans*), métodos de contabilidade, técnicas e experiências acumuladas, documentos, contratos, papéis, estudos, pareceres e pesquisas a que o funcionário tenha acesso:

1. por qualquer meio físico (v.g. documentos expressos, manuscritos, fac-símile, mensagens eletrônicas (e-mail), fotografias etc);
2. por qualquer forma registrada em mídia eletrônica (fitas, disquetes etc);
3. oralmente.

### **CLÁUSULA TERCEIRA - DA RESPONSABILIDADE**

O empregado compromete-se a manter sigilo não utilizando tais informações confidenciais em proveito próprio ou alheio.

**PARÁGRAFO PRIMEIRO:** As informações confidenciais confiadas aos empregados somente poderão ser abertas a terceiro mediante consentimento prévio e por escrito da empresa, ou em caso de determinação judicial, hipótese em que o empregado deverá informar de imediato, por escrito, à empresa para que esta procure obstar e afastar a obrigação de revelar as informações.

### **CLÁUSULA QUARTA – DAS INFORMAÇÕES NÃO CONFIDENCIAIS**

Não configuram informações confidenciais aquelas:

já disponíveis ao público em geral sem culpa do funcionário;  
que já eram do conhecimento do funcionário antes de sua do ingresso na empresa e que não foram adquiridas direta ou indiretamente da empresa;  
que não são mais tratadas como confidenciais pela empresa.

### **CLÁUSULA QUINTA – DA GUARDA DAS INFORMAÇÕES**

Todas as informações de confidencialidade e sigilo previstas neste termo terão validade durante toda a vigência deste instrumento, enquanto perdurar a relação de trabalho e, ainda, por um período mínimo de 03 (três) anos do rompimento do vínculo do funcionário com a empresa.

### **CLÁUSULA SEXTA – DAS OBRIGAÇÕES**

Deverá o funcionário:

- I) usar tais informações apenas com o propósito de bem e fiel cumprir os fins da empresa;
- II) manter o sigilo relativo às informações confidenciais e revelá-las apenas aos empregados que tiverem necessidade de ter conhecimento sobre elas;
- III) proteger as informações confidenciais que lhe foram divulgadas, usando o mesmo grau de cuidado utilizado para proteger suas próprias informações confidenciais;
- IV) manter procedimentos administrativos adequados à prevenção de extravio ou perda de quaisquer documentos ou informações confidenciais, devendo comunicar à empresa, imediatamente, a ocorrência de incidentes desta natureza, o que não excluirá sua responsabilidade.

**PARÁGRAFO PRIMEIRO:** O funcionário fica desde já proibido de produzir cópias ou *back up*, por qualquer meio ou forma, de qualquer dos documentos a ele fornecidos ou documentos que tenham chegado ao seu conhecimento em virtude da relação de emprego.

**PARÁGRAFO SEGUNDO:** O funcionário deverá devolver, íntegros e integralmente, todos os documentos a ele fornecidos, inclusive as cópias porventura necessárias, na data estipulada pela empresa para entrega, ou quando não for mais necessária a manutenção das informações confidenciais, comprometendo-se a não reter quaisquer reproduções, cópias ou segundas vias, sob pena de incorrer nas responsabilidades previstas neste instrumento.

### **CLÁUSULA SÉTIMA - DAS DISPOSIÇÕES ESPECIAIS**

Ao assinar o presente instrumento, o funcionário manifesta sua concordância no seguinte sentido:

- I) Todas as condições, termos e obrigações ora constituídas serão regidas pelo presente Termo, bem como pela legislação e regulamentação brasileiras pertinentes;
- II) O presente termo só poderá ser alterado mediante a celebração de novo termo, posterior e aditivo;
- III) As alterações do número, natureza e quantidade das informações confidenciais disponibilizadas pela empresa não descaracterizarão ou reduzirão o compromisso ou as obrigações pactuadas neste Termo de Confidencialidade e Sigilo, que permanecerá válido e com todos os seus efeitos legais em qualquer das situações tipificadas neste instrumento;
- IV) O acréscimo, complementação, substituição ou esclarecimento de qualquer das informações confidenciais disponibilizadas para o funcionário, em razão do presente objetivo, serão incorporadas a este Termo, passando a fazer dele parte integrante, para todos os fins e efeitos, recebendo também a mesma proteção descrita para as informações iniciais disponibilizadas, não sendo necessário, nessas hipóteses, a assinatura ou formalização de Termo aditivo.

### **CLÁUSULA OITAVA – DA VALIDADE**

Este termo tornar-se-á válido a partir da data de sua efetiva assinatura pelas partes.



**Parágrafo Único:** As disposições deste instrumento devem, contudo, ser aplicadas retroativamente a qualquer informação confidencial que possa já ter sido divulgada, antes da data de sua assinatura.

### **CLÁUSULA NONA – DAS PENALIDADES**

A não observância de quaisquer das disposições de confidencialidade estabelecidas neste instrumento, sujeitará ao funcionário infrator, como também ao agente causador ou facilitador, por ação ou omissão de qualquer daqueles relacionados neste Termo, ao pagamento, ou recomposição, de todas as perdas e danos comprovadas pela empresa, bem como as de responsabilidade civil e criminal respectivas, as quais serão apuradas em regular processo judicial ou administrativo.

E por estarem assim justas e acordadas, as Partes assinam o presente Termo em 02 (duas) vias de igual teor e forma, na presença de duas testemunhas.

São José do Rio Preto, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2026.

---

Assinatura Aperfeiçoando(a)



## FACULDADE DE MEDICINA DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO

AUTARQUIA ESTADUAL – LEI Nº 8899 de 27/09/94

(Reconhecida pelo Decreto Federal nº 74179 de 14/06/74)

### COMISSÃO DE APRIMORAMENTO E APERFEIÇOAMENTO

## DECLARAÇÃO DE SITUAÇÃO VACINAL

( ) Aperfeiçoamento – COAPRIMO

As vacinas abaixo são recomendadas para todo profissional de saúde no exercício da profissão. Assim, para fins de matrícula na Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto – FAMERP, atesto que \_\_\_\_\_, nascido(a) em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, filho(a) da Sra: \_\_\_\_\_, apresenta:

SITUAÇÃO VACINAL: ( ) Atualizada ( ) Desatualizada

#### Covid-19 anual:

Última dose: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Laboratório: \_\_\_\_\_

#### Hepatite B\*

1ª dose dia: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

2ª dose dia: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

3ª dose dia: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\*informar as datas do último esquema.

#### Hepatite B, anticorpos contra antígeno de superfície Anti-HBS\*

Data coleta \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Resultado \_\_\_\_\_

Quantificação \_\_\_\_\_ UI/L

\*Com intervalo mínimo de 30 a 60 dias após a 3ª dose da vacina.

#### Tríplice Viral (SCR):

1ª dose dia: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

2ª dose dia: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

#### Febre Amarela:

Última dose dia: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

#### Difteria/Tétano (DTP ou dT):

1ª dose dia: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

2ª dose dia: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

3ª dose dia: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

#### dTpa (Difteria, Tétano e Coqueluche acelular):

Última dose dia: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

#### Já teve varicela\*\* (catapora)?

( ) Sim ( ) Não ( ) Ignorado

Se não teve catapora ou não sabe, deverá ter duas doses de varicela, com intervalo de 30 dias entre as doses

1ª dose dia: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

2ª dose dia: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Nota:** Todas as vacinas listadas são recomendadas para a matrícula e o exercício de atividades em serviços hospitalares. Em caso de situação vacinal **desatualizada**, as vacinas pendentes deverão ser aplicadas no momento do preenchimento desta declaração, e as doses subsequentes deverão ser agendadas conforme necessário para completar o esquema vacinal.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura e carimbo do profissional da sala de vacina

Carimbo da UBS:



## FACULDADE DE MEDICINA DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO

AUTARQUIA ESTADUAL – LEI Nº 8899 de 27/09/94

(Reconhecida pelo Decreto Federal nº 74179 de 14/06/74)

### COMISSÃO DE APRIMORAMENTO E APERFEIÇOAMENTO

#### Orientações sobre esquema vacinal

Os profissionais de saúde estão sob risco constante de exposição às doenças contagiosas, muitas delas imunopreveníveis por vacinas, sendo, portanto, considerado grupo prioritário na estratégia de imunização e devem ser realizadas conforme o Calendário Nacional de Vacinação do Ministério da Saúde.

#### **Covid-19:**

A atual recomendação para os trabalhadores da saúde é de **UMA DOSE anual** da vacina contra a Covid-19, independentemente do número de doses recebidas anteriormente.

A dose anual deverá ser administrada com a **vacina atualizada disponível nos serviços de saúde**.

Para os trabalhadores da saúde que pertençam a grupos prioritários, como pessoas com 60 anos ou mais ou imunocomprometidos, a recomendação é de **DUAS DOSES** anuais, com intervalo mínimo de seis meses entre elas.

**Observação:** na eventual disponibilidade de vacinas atualizadas com novas cepas, o intervalo recomendado para administração será de 3 meses a partir da última dose recebida.

#### **Hepatite B:**

Profissionais sem o esquema básico de vacinação contra Hepatite B devem realizar três doses da vacina, com intervalos de 30 dias entre a primeira e a segunda dose, e 6 meses entre a primeira e a terceira dose (0, 1 e 6 meses).

Recomenda-se sorologia de 1 a 2 meses após a última dose para verificar a resposta vacinal (anti-HBs  $\geq 10$  mUI/mL). Caso o teste seja realizado após 6 meses da última dose e o resultado seja negativo, uma dose adicional deve ser administrada, seguida de retestagem. Se a sorologia continuar negativa, o profissional deve completar o esquema com mais duas doses. . Se a sorologia for positiva, o profissional será considerado imune; se negativa, deverá completar o esquema com mais duas doses de vacina. Conforme quadro abaixo:

#### **Quadro 1. Esquema vacinal pré-exposição para profissionais de saúde**

<b>Situação do profissional</b>	<b>Esquema vacinal</b>
1. Nunca vacinado, presumidamente suscetível	0/1/6 meses, dose habitual*
2. Sorologia (anti-HBs) negativa de um a dois meses após a terceira dose	Repetir esquema acima
3. Sorologia (anti-HBs) negativa um a dois meses após a terceira dose do segundo esquema	Não vacinar mais, considerar suscetível não respondedor. Testar HBsAg para excluir portador crônico
4. Sorologia (anti-HBs) negativa, seis meses ou mais após a terceira dose do primeiro esquema.	Administrar uma dose e repetir a sorologia um mês depois. Caso positiva, considerar imune, caso negativa, completar o esquema como no item 2.

Fonte: DPNI/SVSA/MS

\*Toda dose administrada deve ser considerada, complementando-se o esquema em caso de interrupção, cm intervalo mínimo de dois meses entre as doses.



## FACULDADE DE MEDICINA DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO

AUTARQUIA ESTADUAL – LEI Nº 8899 de 27/09/94

(Reconhecida pelo Decreto Federal nº 74179 de 14/06/74)

### COMISSÃO DE APRIMORAMENTO E APERFEIÇOAMENTO

#### **Tríplice viral:**

Profissionais da saúde independentemente da idade devem receber 2 (duas) doses de tríplice viral, conforme situação vacinal encontrada, observando o intervalo mínimo de 30 dias entre as doses.

#### **Febre amarela:**

Se recebeu a primeira dose antes dos 5 anos de idade, esta indicada uma segunda dose. Se aplicada a partir dos 5 anos considerada dose única.

#### **Difteria/Tétano (DTP ou dT) e dTpa:**

De acordo com a Instrução Normativa Referente ao Calendário de Vacinação 2022 **TODOS os profissionais de saúde**, incluídos os estagiários da área da saúde que atuam na assistência deverão receber uma dose de **dTpa** considerando o histórico vacinal de difteria, tétano.

Com esquema de vacinação primário completo de dT: Administrar uma dose da dTpa, mesmo que a última dose tenha ocorrido há menos de dez anos, observando o intervalo de 60 dias após a última dose administrada.

#### Sem esquema de vacinação primário completo de dT:

*Menos de 3 (três) doses com a vacina dT:* administrar 1 (uma) dose de dTpa e completar o esquema com 1 (uma) ou 2 (duas) doses de dT (dupla adulto), de forma a totalizar 3 (três) doses da vacina contendo o componente tetânico.

#### **Varicela\*\***

Profissionais de saúde sem histórico de infecção por varicela (catapora) devem receber duas doses da vacina, independentemente da idade, com um intervalo mínimo de 30 dias entre as doses.

No entanto, devido ao desabastecimento atual da vacina no Estado de São Paulo, os profissionais suscetíveis serão convocados pela sala de vacinas da Funfarme para a atualização vacinal assim que os estoques forem restabelecidos.