

CURSO DE QUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL EM NÍVEL DE ATUALIZAÇÃO EM OFICINAS DE SEGURANÇA DO PACIENTE

ENSP/FIOCRUZ 2026

Comunicado – Alteração do envio da documentação de inscrição por e-mail

O Serviço de Gestão Acadêmica, no uso de suas atribuições legais e considerando a necessidade, a conveniência e a oportunidade, resolve alterar o envio da documentação de inscrição por e-mail, no período **até às 16h do dia 19/05/2026**.

Devido à instabilidade apresentada na Plataforma SIGA LS (<https://www.sigals.fiocruz.br/publico.do>), solicitamos, por gentileza, que os candidatos interessados em realizar a inscrição no Curso de Oficinas de Segurança do Paciente (turma 2026) encaminhem a documentação de inscrição para o e-mail pseletivo.ensp@fiocruz.br.

ATENÇÃO: Informar no assunto do e-mail: **Inscrição – OSP 2026**

Além da documentação descrita na Chamada de Seleção (<https://ensino.ensp.fiocruz.br/pt-br/cursos/qualificacao-profissional/atualizacao/processos-seletivos/844>), solicitamos, também, o envio do Formulário de Inscrição (Anexo I) preenchido e assinado, em substituição ao formulário da Plataforma SIGA LS citado no item 7.2 a, da chamada de seleção.

Permanecem inalterados os demais itens da presente Chamada de Seleção, publicada em 30 de abril de 2026.

07/05/2026
Serviço de Gestão Acadêmica

Serviço de Gestão Acadêmica \ SECA

Formulário de inscrição: Curso de Oficinas de Segurança do Paciente – 2026

Dados pessoais	
Nome (completo):	
Nome social (caso tenha):	
Estado civil:	
Sexo:	
Cor/Raça:	
E-mail:	

Dados documentais			
CPF:		Título de Eleitor:	
RG:	Órgão Expedidor:	UF:	Data de Expedição:

Dados de nascimento			
Filiação:		Parentesco: () Mãe () Pai	
Filiação:		Parentesco: () Mãe () Pai	
País de Nascimento:		Nacionalidade:	
UF de Nascimento:	Cidade de Nascimento:	Data Nascimento:	

Endereço Residencial			
País:		CEP:	
Logradouro/Endereço:			
Número:		Complemento:	
Bairro:	Estado:	Cidade:	
Telefones:			
Telefone Fixo:	Código Região	Número:	
Telefone Celular:	Código Região	Número:	

Formação			
Situação: () Concluído () Em andamento			
Ano de início		Ano de Conclusão:	
País:	Estado:	Cidade:	
Instituição Formadora:			
Curso:			
Dados profissionais			

Possui vínculo empregatício? () Sim () Não		Manterá vínculo empregatício? () Sim () Não	
Tipo de Vínculo:		Profissão:	
Instituição/Empresa:			
País:	Estado:		Cidade:

Informações Complementares	
Possui alguma deficiência? () Sim () Não	
Caso sim. Qual? () Deficiência Auditiva () Deficiência Física () Deficiência Intelectual () Deficiência Múltipla () Deficiência Visual () Transtorno do Espectro Autista	
Especificações sobre a Deficiência (exemplo: para deficiência visual, informar se é cegueira, baixa visão ou visão monocular):	

_____, _____ de _____ de _____

(assinatura manuscrita – conforme documento de identificação ou assinatura eletrônica)