

COMUNICADO

1ª CONVOCAÇÃO DOS APROVADOS

PROCESSO DE SELEÇÃO PARA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL/UNIPROFISSIONAL – 001/2026

OBSERVAÇÕES:

Concluídas etapas objetivas do processo seletivo, e após análise dos recursos e correção de provas, segue abaixo a relação dos candidatos (as) aprovados (as) no PROCESSO DE SELEÇÃO PARA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL/UNIPROFISSIONAL – 001/2026.

- Candidatos, atentar-se para os prazos e documentos necessários para matrículas conforme item 12 e anexos do edital;

18/02/2026 a 27/02/2026	Período de matrícula dos aprovados	08:00h às 12:00h 14:00h às 18:00h
02/03/2026	Início do ano letivo	08h00min

- Preencher a **DECLARAÇÃO DE DEDICAÇÃO EXCLUSIVA (ANEXO III) RECONHECIDA FIRMA EM CARTÓRIO.**
- Candidatos que foram **APROVADOS**, mas não irão assumir a vaga, deverão após RESULTADO FINAL, enviarem e-mail para (ceadstreinamento@gmail.com) com **TERMO DE DESISTÊNCIA DE VAGA (ANEXO I)** desse COMUNICADO, para não atrasarem o processo;
- Candidatos que foram aprovados em mais de um Programa, deverão entrar em contato com a Comissão Organizadora do Processo Seletivo (ceadstreinamento@gmail.com) com o **TERMO DE OPÇÃO (ANEXO II)** desse COMUNICADO, para trâmites de opção de Programa;
- FAVOR se atentarem aos prazos.

LOCAIS DE MATRÍCULA:

COREMU da Secretaria Municipal de Saúde de Alta Floresta D'Oeste/RO

End: Av. Brasília 3059, Bairro Princesa Isabel.

Data: a partir do dia 19/02/2026 as 08:00h

COREMU do Distrito Sanitário Especial Indígena DSEI/Vilhena em Cacoal/RO

End: Avenida Guaporé, Nº 3046, Jardim Clodoaldo.

Data: a partir do dia 19/02/2026 as 08:00h

COREMU do Instituto de Ensino Superior de Rondônia IESAUR, Ariquemes/RO

Endereço: Av. Capitão Silvio, nº 2738 – Setor Grandes Áreas, Ariquemes – RO.

Data: a partir do dia 18/02/2026 as 14:00h

COREMU da Secretaria Municipal de Saúde de Seringueiras/RO

End: Rua Marechal Rondon, 984, Centro ao Lado do CER, e do lado da Farmácia Central

Data: a partir do dia 19/02/2026 as 08:00h

Comissão Organizadora

CEADS – Centro de Educação, Avaliação e Desenvolvimento em Saúde

PROGRAMA DE RESIDENCIA DE SAUDE DA FAMÍLIA E COMUNIDADE (ALTA FLORESTA D'OESTE)					IDADE
NOTA					
	1	YASMYN ROCHA FERREIRA (APROVADA)	35	NUTRIÇÃO	DESISTÊNCIA POR OPÇÃO
1º	2	RAILANE DE OLIVEIRA MARINHO (APROVADA)	34	PSICOLOGIA	30
2º	3	AMANDA ALCÂNTARA SANTANA (APROVADA)	34	ENFERMAGEM	28
3º	5	ANDRÉIA SANTOS OTONI (APROVADA)	34	NUTRIÇÃO	24
4º	7	LIVIA MARIA MARQUES LINO (APROVADA)	32	FISIOTERAPIA	24
5º	8	ANA MARIA DE OLIVEIRA BELAZZI (APROVADA)	32	ODONTOLOGIA	23
6º	10	VALÉRIA NEVES DE JESUS (APROVADA)	31	ENFERMAGEM	38
7º	12	WELLINY MARIANA POSSE FUZARI (APROVADA)	31	FARMÁCIA	28
8º	14	NAIARA APARECIDA SOUZA CHAVES (APROVADA)	31	ENFERMAGEM	25
9º	17	CAMILA LOUREÇO ARMI (APROVADA)	29	ENFERMAGEM	25
10º	40	MARIA DO CARMO DE FREITAS (APROVADA)	16	SERVIÇO SOCIAL	46

PROGRAMA DE RESIDÊNCIA UNIPROFISSIONAL DE ENFERMAGEM OBSTÉTRICA (IESUR ARIQUEMES)					IDADE
NOTA					
	1	PALOMA KETLY PEREIRA BASTOS (APROVADA)	35	ENFERMAGEM	DESISTÊNCIA POR OPÇÃO
1º	2	JAINE DO NASCIMENTO XAVIER (APROVADA)	34	ENFERMAGEM	
2º	3	MARCIA SOARES MEDEIROS (APROVADA)	33	ENFERMAGEM	36
3º	4	VANDA LOURDES NUNES DE PASSOS (APROVADA)	33	ENFERMAGEM	28
4º	5	POLLYANNA KROIN DA SILVA	33	ENFERMAGEM	25

PROGRAMA DE RESIDENCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAUDE DA FAMÍLIA E COMUNIDADE (SERINGUEIRAS)					IDADE
NOTA					
1º	1	YASMYN ROCHA FERREIRA (APROVADA)	35	NUTRIÇÃO	
2º	2	ANE CAROLINE SILVA DE SOUZA (APROVADA)	32	ODONTOLOGIA	31
3º	3	DALILA GONZAGA DA SILVA LOPES (APROVADA)	32	FISIOTERAPIA	27
4º	4	ISABELA RIBEIRO PEDER (APROVADA)	32	FARMÁCIA	25
5º	7	ISLAINE GONÇALVES MORAIS (APROVADA)	31	PSICOLOGIA	25
	8	CAMILA LOUREÇO ARMI (APROVADA)	29	ENFERMAGEM	DESISTÊNCIA POR OPÇÃO
6º	10	EDIVANIA GUARIZA (APROVADA)	28	ENFERMAGEM	49
7º	12	SUMARA GUEDES (APROVADA)	28	ENFERMAGEM	35
8º	14	WELLITON DEZIRE RAGETELES (APROVADO)	28	ENFERMAGEM	24
9º	15	REGIANE KUSTER (APROVADA)	27	ENFERMAGEM	35
10º	30	REINADO DE OLIVEIRA BRANCO (APROVADO)	20	SERVIÇO SOCIAL	

PROGRAMA DE RESIDENCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAUDE INDÍGENA (DSEI VILHENA)					IDADE
NOTA					
1º	1	EDILSON KARITIANA PARINTINTIN (APROVADO)	36	ODONTOLOGIA	33
2º	2	LUCAS ZANGO ANGELI LIMA (APROVADO)	35	ENFERMAGEM	
	3	RAILANE DE OLIVEIRA MARINHO (APROVADA)	34	PSICOLOGIA	DESISTÊNCIA POR OPÇÃO
3º	4	SHERON SOUZA MARTINS (APROVADA)	34	MEDICINA VETERINÁRIA	23
4º	6	ÉRICK OLIVEIRA RITO DE SIQUEIRA	32	PSICOLOGIA	41
5º	9	ADRIANA VALERIA ANTONINI CHAVES (APROVADA)	31	SERVIÇO SOCIAL	36
6º	12	KEVERSON LUCAS GOMES ROMUALDO (APROVADO)	30	ENFERMAGEM	25
7º	15	DIOGO MARCELINO DE OLIVEIRA (APROVADO)	29	NUTRIÇÃO	
8º	16	THALITA RAGNINI MUNIZ DA MOTA GASPARI (APROVADA)	28	FISIOTERAPIA	39
9	28	SHAYNA PRISCILA DOS SANTOS SOUZA (APROVADA)	26	FARMÁCIA	25
10º	34	DIOGO CINTA LARGA (APROVADO)	23	BIOLOGIA	35

ANEXO I

TERMO DE DESISTÊNCIA DE VAGA

Eu, _____, nacionalidade _____,
estado civil _____, profissão _____,
portador(a) do RG nº _____, inscrito(a) no CPF nº _____,
residente e domiciliado(a) à _____,
aprovado(a) no PROCESSO DE SELEÇÃO PARA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL/UNIPROFISSIONAL – 001/2026,
promovido pela **CEADS – Centro de Educação, Avaliação e Desenvolvimento em Saúde**, para o cargo/função
de _____, conforme **RESULTADO FINAL divulgado**
em ____/____/_____, venho, por meio deste, **declarar formalmente minha desistência da vaga** para a qual
fui convocado(a).

Declaro que a presente desistência é realizada de forma **livre, consciente e espontânea**, sem qualquer tipo de
coação, renunciando, neste ato, ao direito de assumir a referida vaga, nada tendo a reclamar posteriormente a
respeito da convocação ora declinada.

Motivo da desistência (opcional):

Por ser expressão da verdade, firmo o presente termo para que produza seus efeitos legais.

Local e data: _____

Assinatura do (a) candidato (a)

Nome completo: _____

Telefone para contato: _____

E-mail: _____

ANEXO II**TERMO DE OPÇÃO DE PROGRAMA**

Eu, _____, nacionalidade _____,
estado civil _____, profissão _____,
portador(a) do RG nº _____, inscrito(a) no CPF nº _____,
residente e domiciliado(a) à _____,
aprovado(a) no PROCESSO DE SELEÇÃO PARA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL/UNIPROFISSIONAL – 001/2026,
promovido pela **CEADS – Centro de Educação, Avaliação e Desenvolvimento em Saúde**, para o cargo/função
de _____, conforme **RESULTADO FINAL divulgado**
em ____/____/_____, venho, por meio deste **DECLARAR** que fui APROVADO (A) para os seguintes programas:

1. _____
2. _____
3. _____ (se houver)

Considerando a possibilidade de escolha prevista no edital do certame, **venho, por meio deste, formalizar minha opção pelo seguinte programa:**

👉 **Programa escolhido:** _____

Declaro estar ciente de que a presente opção implica na renúncia automática às demais vagas para as quais fui aprovado (a), não podendo posteriormente pleitear reclassificação ou alteração da escolha realizada.

A presente manifestação é realizada de forma livre, consciente e irrevogável, estando de acordo com as normas estabelecidas no edital do processo seletivo.

Por ser expressão da verdade, firmo o presente termo para que produza seus efeitos legais.

Local e data: _____

Assinatura do (a) candidato (a)

Nome completo: _____

Telefone: _____

E-mail: _____

ANEXO III**DECLARAÇÃO DE DEDICAÇÃO EXCLUSIVA**

Eu, _____, nacionalidade _____,
estado civil _____, profissão _____,
portador (a) do RG nº _____, inscrito (a) no CPF nº _____,
residente e domiciliado (a) à _____,
aprovado(a) no PROCESSO DE SELEÇÃO PARA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL/UNIPROFISSIONAL – 001/2026,
promovido pela **CEADS – Centro de Educação, Avaliação e Desenvolvimento em Saúde**, para o cargo/função
de _____, conforme **RESULTADO FINAL divulgado**
em ____/____/_____, venho, por meio deste **DECLARAR** para os devidos fins, que:

1. Tenho ciência de que o Programa de Residência exige **dedicação exclusiva**, conforme previsto em edital e na legislação vigente aplicável aos programas de residência;
2. Comprometo-me a cumprir integralmente a carga horária estabelecida, bem como todas as atividades teóricas, práticas e assistenciais previstas no programa;
3. Não exercerei qualquer outra atividade profissional remunerada ou vínculo empregatício que seja incompatível com a carga horária e as exigências do Programa de Residência;
4. Estou ciente de que o descumprimento da dedicação exclusiva poderá implicar em desligamento do programa, conforme normas institucionais e editalícias.

Declaro que as informações acima são verdadeiras, assumindo total responsabilidade pelas mesmas.

Por ser expressão da verdade, firmo a presente declaração para que produza seus efeitos legais.

Local e data: _____

Assinatura do (a) candidato (a)

Nome completo: _____

Telefone: _____

E-mail: _____