

Ministério da Saúde

FIOCRUZ  
Fundação Oswaldo Cruz

Instituto Nacional de Controle de Qualidade em Saúde



Coordenação de Ensino

## CURSO DE ATUALIZAÇÃO

### ENSAIO DE CITOTOXICIDADE “*in Vitro*” – MÉTODO DE DIFUSÃO EM AGAR

---

**Modalidade:** Presencial

**Periodicidade:** Anual

**Responsáveis do Curso:** Mirian Noemi Pinto Vidal – Doutora em Ciências e Biotecnologia.

**Responsável Substituto:** Renata Calil Lemos – Mestre em Vigilância Sanitária.

**Setor / Laboratório ou Departamento Responsável:** Citotoxicidade/ Genotoxicidade – Toxicologia/Departamento de Farmacologia e Toxicologia.

---

#### 1. OBJETIVO

Avaliar o efeito de toxicidade de materiais ou produtos plásticos empregando o Ensaio de Citotoxicidade “*in vitro*” – Método de difusão em Agar.

#### 2. PERFIL DO CANDIDATO

Profissionais de **instituições públicas**, com nível superior completo, que atuem na área de toxicologia e também em controle de qualidade de produtos.

#### 3. REGIME DIDÁTICO

O curso será realizado no período de **19 a 22/10/2020**, de 8 às 17 horas, com carga horária total de 32 horas.

Local: INCQS/ FIOCRUZ – Av. Brasil, 4365 – Manguinhos – Rio de Janeiro/RJ

#### 4. VAGAS

Serão ofertadas **10** vagas

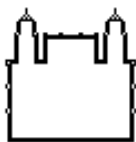
Número mínimo de alunos para a realização do curso: **02**

De forma a assegurar que a totalidade de vagas sejam preenchidas, serão selecionados candidatos na condição de Banco de Reservas.

Os candidatos classificados no Banco de Reservas somente serão convocados de acordo com a ordem de classificação e mediante a vacância dentre os candidatos titulares.

#### 5. INSCRIÇÕES

- a) As inscrições estarão abertas de **10/02/2020 até 27/08/2020** na Plataforma SIGALS em [www.sigals.fiocruz.br](http://www.sigals.fiocruz.br), seguindo os links: Inscrição > Presencial >



Ministério da Saúde

FIOCRUZ  
Fundação Oswaldo Cruz

Instituto Nacional de Controle de Qualidade em Saúde



### Coordenação de Ensino

Atualização > Unidade > Instituto Nacional de Controle de Qualidade em Saúde > “curso”;

b) Documentação exigida:

- ✓ **Formulário** eletrônico de inscrição **SIGALS** preenchido, impresso e assinado (mencionado no item 5.a);
- ✓ **Currículo** Lattes atualizado;
- ✓ Documento do **Anexo I** preenchido, com as devidas assinaturas e carimbos (Carta de indicação da Instituição de origem);
- ✓ Formulário do **Anexo II** preenchido (Perfil do candidato);
- ✓ Formulário do **Anexo III** preenchido (Declaração de Responsabilidade das Informações);
- ✓ Cópia legível do **Diploma (Graduação)**, frente e verso na mesma folha;
- ✓ Cópia legível da **Carteira de Identidade** (frente e verso) – **não serão aceitas CNH ou Carteira Profissional;**
- ✓ Cópia legível do **CPF** (frente e verso), caso não conste na Identidade;
- ✓ Cópia legível da Certidão de Casamento, caso haja mudança de nome em relação ao diploma de graduação.

**ATENÇÃO:**

- **Antes de efetuar a inscrição para o Processo Seletivo, o candidato deverá conhecer todas as regras contidas nesta Chamada Pública e se certificar de preencher todos os requisitos exigidos.**
- **Os documentos deverão ser apresentados em folha A4 na cor branca.**

c) Envio da documentação:

**A documentação deverá ser entregue pessoalmente ou enviada via SEDEX até 24h após o encerramento da inscrição (item a).**

Informações que devem constar no envelope de entrega ou de envio:

**Curso de Atualização: (colocar aqui o nome do curso)**  
**Coordenação de Ensino/Secretaria Acadêmica**  
**Instituto Nacional de Controle de Qualidade em Saúde - FIOCRUZ**  
**Av. Brasil, 4365 - Manguinhos – Rio de Janeiro – RJ - CEP: 21040-900**

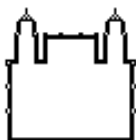
**ATENÇÃO:**

- ✓ **Esta Coordenação não se responsabilizará pelas correspondências que não sejam recepcionadas no prazo de até 5 (cinco) dias após a data final de inscrição.**

d) Homologação da Inscrição:

Será divulgada em **04/09/2020**, no site [www.sigals.fiocruz.br](http://www.sigals.fiocruz.br)

**ATENÇÃO:**



### Coordenação de Ensino

- ✓ Serão homologadas as inscrições que contenham a documentação exigida, com as devidas assinaturas e que estejam de acordo com o perfil exigido.
- ✓ O candidato cuja inscrição foi homologada “com pendência”, deverá entrar em contato pelo telefone (21) 3865-5291 para saber como sanar.
- ✓ Documentação postada fora do prazo estipulado não será homologada.
- ✓ A homologação da inscrição não será objeto de recurso.

## 6. SELEÇÃO

Caso o número de candidatos homologados supere o número de vagas disponíveis, os candidatos passarão por processo de seleção segundo os critérios determinados.

a) Críticos de Seleção:

Possuir graduação.

b) Resultado da Seleção:

Será divulgado em **11/09/2020** no site SIGALS [www.sigals.fiocruz.br](http://www.sigals.fiocruz.br)

c) Recurso:

O candidato que desejar interpor recurso contra o resultado do processo seletivo deverá fazê-lo no prazo de 24h a contar da data de publicação do resultado. Para recorrer, o interessado deverá enviar o recurso ao endereço de e-mail [cpe@incqs.fiocruz.br](mailto:cpe@incqs.fiocruz.br). Todos os recursos serão analisados e a justificativa da alteração do resultado do processo seletivo, se for o caso de provimento, será divulgado no site [www.sigals.fiocruz.br](http://www.sigals.fiocruz.br). A resposta ao recurso será remetida para o e-mail utilizado pelo candidato para interposição do mesmo. Em nenhuma hipótese será aceito pedido de revisão de recurso.

d) Homologação do Resultado da Seleção

Será divulgada no site SIGALS em **16/09/2020**

e) Confirmação de participação

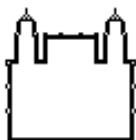
O candidato deverá confirmar a sua participação até 48h após a homologação do Resultado da seleção ao endereço eletrônico [cpe@incqs.fiocruz.br](mailto:cpe@incqs.fiocruz.br)

**Importante: Caso o candidato não confirme presença sua vaga será disponibilizada entre os candidatos do Banco de Reserva segundo a ordem de classificação.**

## 7. DESCRIÇÃO DO CURSO

a) Conteúdo Programático:

O curso será teórico/prático em que abordará desde o princípio e aplicação do ensaio, como também sua execução bem como a realização do ensaio com células de mamífero para a avaliação da qualidade do produto. Os docentes serão: Mirian Noemi Pinto Vidal e Renata Calil Lemos.



### Coordenação de Ensino

#### b) Bibliografia:

1. ... THE UNITED STATES PHARMACOPEIA. 40 ed. National Formulary 28.33 ed. Rockville – U.S. Pharmacopeia, 2017.1. 87- Biological Reaativity Test, In Vitro: Agar Diffusion Test. United States Pharmacopeial, Convention. CD-ROM, Integrated Through First Supplement.
2. ENSAIO de Citotoxicidade In Vitro – Método de Difusão em Agar. In: MANUAL da Qualidade, Rio de Janeiro: INCQS/FIOCRUZ. Rev 15, Seção 4.3 (65.3330.010), 2017.

### 8. CERTIFICAÇÃO

#### a) Avaliação

O aluno será avaliado de acordo com sua participação nas atividades desenvolvidas no curso.

#### b) Certificação

O aluno terá direito ao Certificado, desde que apresente aproveitamento, frequência de no mínimo 75% do total do curso e que tenha apresentado toda a documentação exigida no item 5.b)

O certificado será disponibilizado na Secretaria Acadêmica.

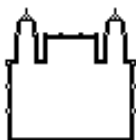
Caso o aluno more fora do município do RJ, o certificado será enviado via Correios.

### 9. INFORMAÇÕES ADICIONAIS

- ✓ Curso sem ônus.
- ✓ Os cursos serão realizados durante a semana - de segunda a sexta-feira.
- ✓ O INCQS não se responsabiliza pelas despesas de passagem, hospedagem, diárias e outras decorrentes dos cursos de curta duração.
- ✓ O candidato será responsável por qualquer erro ou omissão no preenchimento da ficha de inscrição ou por prestação de declaração falsa.
- ✓ As documentações encaminhadas pelos candidatos **NÃO-SELECIONADOS** poderão ser retiradas pelos mesmos ou por representantes formalmente autorizados no prazo de até três (03) meses após a publicação do resultado final da seleção, objeto deste instrumento de divulgação. É necessário um prévio agendamento pelo e-mail [cpe@incqs.fiocruz.br](mailto:cpe@incqs.fiocruz.br). A partir deste período os documentos serão destruídos.
- ✓ A Coordenação de Ensino do INCQS se reserva no direito de corrigir eventuais erros neste edital.
- ✓ Não serão aceitas documentações enviadas por e-mail.
- ✓ Toda e qualquer dúvida a respeito do curso deverá ser sanada com a Coordenação de Ensino através do e-mail [cpe@incqs.fiocruz.br](mailto:cpe@incqs.fiocruz.br) ou pelo telefone (21) 3865-5291.

### 10. CRONOGRAMA

Inscrição	10/02 até 27/08/2020
Homologação da Inscrição	04/09/2020



Ministério da Saúde

FIOCRUZ  
Fundação Oswaldo Cruz

Instituto Nacional de Controle de Qualidade em Saúde



### Coordenação de Ensino

Resultado da Seleção	11/09/2020
Recurso	Até 23:59h do dia 12/09/2020
Homologação do Resultado da seleção	16/09/2020
Confirmação de presença	Até 18/09/2020
Data do curso	19 a 22/10/2020

É de responsabilidade do candidato acompanhar os resultados do processo de seleção do curso a serem divulgadas na Plataforma SIGALS [www.sigals.fiocruz.br](http://www.sigals.fiocruz.br) - seguindo os links: Inscrição > Presencial > Atualização > Unidade > Instituto Nacional de Controle de Qualidade em Saúde > “curso”

O cronograma poderá sofrer alterações no decorrer do curso, as quais serão publicadas na Plataforma SIGALS

### 11. PARA OUTRAS INFORMAÇÕES

Instituto Nacional de Controle de Qualidade em Saúde/FIOCRUZ

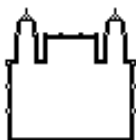
Coordenação de Ensino

**E-mail:** [cpe@incqs.fiocruz.br](mailto:cpe@incqs.fiocruz.br)

**Tel.:** (21) 3865-5291

**Horário de Atendimento:** de segunda à sexta, de 09h às 11h 30min e das 13h às 16h 30min (horário de Brasília)

**Homepage:** <http://www.incqs.fiocruz.br> > Ensino



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz

Instituto Nacional de Controle de Qualidade em Saúde



Coordenação de Ensino

## ANEXO I CARTA DE INDICAÇÃO DA CHEFIA

Em ..... de ..... de 202.....

À Coordenação de Ensino,

Eu, ....., venho  
por meio desta, indicar o (a) funcionário(a) .....  
..... lotado em .....

para participar do Curso de Atualização em **ENSAIO DE CITOTOXICIDADE “in Vitro”  
– MÉTODO DE DIFUSÃO EM AGAR.**

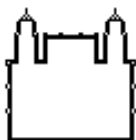
Os motivos que me levam a indicação são: .....

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Declaro também, que estou ciente que o (a) profissional por mim indicado  
participará do processo de seleção para o mencionado curso. Em caso de aprovação,  
o(a) referido(a) profissional está autorizado(a) a participar do curso com duração de 40  
horas.

.....  
Chefia imediata responsável  
(Assinatura e carimbo)

.....  
Representante oficial da Instituição  
(Diretor/Presidente)  
(Assinatura e carimbo)



Ministério da Saúde

FIOCRUZ  
Fundação Oswaldo Cruz

Instituto Nacional de Controle de Qualidade em Saúde



Coordenação de Ensino

## ANEXO II PERFIL DO CANDIDATO

*Todos os itens são de preenchimento obrigatório – requisito para o processo de seleção.*

**Curso:** \_\_\_\_\_

**Nome:** \_\_\_\_\_

**E-mail** (pessoal e corporativo): \_\_\_\_\_

### **Dados Profissionais**

**Instituição:** \_\_\_\_\_

**Endereço:** \_\_\_\_\_ **Bairro:** \_\_\_\_\_

**Cidade:** \_\_\_\_\_ **UF:** \_\_\_\_\_ **CEP:** \_\_\_\_\_

**Telefone:** (....) \_\_\_\_\_ **Ramal:** \_\_\_\_\_ **Fax:** (.....) \_\_\_\_\_

**Departamento:** \_\_\_\_\_ **Sector:** \_\_\_\_\_

**Cargo:** \_\_\_\_\_ **Tempo de serviço:** \_\_\_\_\_

**Chefia Imediata:** \_\_\_\_\_ **E-mail:** \_\_\_\_\_

**Resumo Atividades Executadas:**

---

---

---

---

### **Outras Informações:**

Sua Instituição possui infraestrutura instalada e insumos adequados para implantação das técnicas a serem incorporadas? \_\_\_\_\_

Qual a previsão da implantação? \_\_\_\_\_

Por que é importante a sua participação no curso?

---

---

---

---

Já participou de outros cursos oferecidos pelo INCQS? \_\_\_\_\_ . Qual (is)?

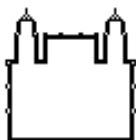
---

---

O conhecimento obtido está sendo incorporado nas suas atividades? (*Responda somente se a pergunta anterior for afirmativa*) \_\_\_\_\_

Como ficou sabendo dos cursos oferecidos pelo INCQS?

---



Ministério da Saúde

FIOCRUZ  
Fundação Oswaldo Cruz

**Instituto Nacional de Controle de Qualidade em Saúde**



**Coordenação de Ensino**

**ANEXO III**  
**DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE DAS INFORMAÇÕES**

Eu, \_\_\_\_\_ (nome completo), RG \_\_\_\_\_ (especificar número), CPF \_\_\_\_\_ (especificar número), domiciliado à \_\_\_\_\_ (especificar rua, nº, bairro, cidade/estado, CEP), assumo inteira responsabilidade pelas informações prestadas e autenticidade das cópias dos documentos entregues.

Declaro estar ciente de que a falsidade nas informações acima implicará nas penalidades cabíveis, de acordo com a Lei 13.726, de 08/10/2018.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ (local e data)

\_\_\_\_\_  
(Assinatura do candidato)