

## **Edital ICEPi/SESA Nº 008/2020**

### **PROCESSO SELETIVO DE PRECEPTORES PARA A RESIDÊNCIA MÉDICA**

Estabelece normas para a seleção de **PRECEPTORES** para os programas de Residência Médica

**O INSTITUTO CAPIXABA DE ENSINO, PESQUISA E INOVAÇÃO EM SAÚDE - ICEPi**, no uso de suas atribuições e prerrogativas dispostas na Lei Complementar nº 909/2019, de 26 de Abril de 2019, torna público a abertura de processo seletivo para realizar seleção de **PRECEPTORES** para os Programas de Residência Médica.

#### **1. DO OBJETO**

- 1.1. Realizar a seleção de **PRECEPTORES** dos Programas de Residência Médica, cujo objetivo é formar profissionais de saúde com uma visão crítico-reflexiva do Sistema Único de Saúde/SUS na perspectiva da Educação Permanente em Saúde, com ênfase no desenvolvimento de práticas interprofissionais.

#### **2. DOS PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA MÉDICA**

- 2.1. Constitui modalidade do ensino de pós-graduação destinada a médicos, sob a forma de curso de especialização, caracterizada por treinamento em serviço, em regime de dedicação exclusiva, funcionando em Instituições de saúde, universitárias ou não, sob a orientação de profissionais médicos de elevada qualificação ética e profissional.
- 2.2. Terá por base teórica educacional a aprendizagem de adultos, a partir de diretrizes do trabalho interprofissional, visando a prática colaborativa, valores éticos, o foco no cuidado ao paciente, sua família e comunidade para proporcionar a mais alta qualidade de atendimento.
- 2.3. Como base metodológica será adotada a aprendizagem baseada em problemas, adotando metodologias ativas como disparadores para possibilitar aprendizagem significativa e reflexiva, favorecer a troca de saberes e de práticas, a partir da leitura crítica da realidade vivenciada pelos profissionais no SUS, assim como, identificação de intervenções interprofissionais.

2.4. Os Programas de Residência Médica implantados são: Acupuntura, Psiquiatria e Medicina de Família e Comunidade.

2.5. Em relação à carga horária:

2.5.1. Os Programas de Acupuntura e Medicina de Família e Comunidade terão duração de 2 anos e carga horária total de 5.760 (cinco mil, setecentos e sessenta) horas, distribuídas em 60 horas semanais (teórica, teórico-práticas e práticas).

2.5.2. O Programa de Psiquiatria que terá duração de 3 anos e carga horária total de 8.640 (oito mil, seiscentos e quarenta) horas, distribuídas em 60 horas semanais (teórica, teórico-práticas e práticas).

2.6. Os programas de Residência Médica serão desenvolvidos com 80 a 90% da carga horária sob a forma de treinamento em serviço, destinando-se 10 a 20% para atividades teórico-complementares.

2.7. É regulamentada pela Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM), vinculado ao Ministério da Educação – MEC e ao Ministério da Saúde – MS, a Residência Médica é gerenciada internamente pela Comissão de Residência Médica do Instituto Capixaba de Inovação, Ensino e Pesquisa em Saúde (COREME/ ICEPi).

### 3. DOS REQUISITOS PARA PARTICIPAÇÃO

3.1. Para o **Programa de Acupuntura**, poderão participar do processo seletivo profissionais médicos que possuam os seguintes requisitos:

3.1.1. Tenham concluído o Curso de Medicina em instituição reconhecida pelo MEC ou tenham concluído o Curso de Medicina no exterior, brasileiros ou não, desde que possuam o diploma de médico validado por instituição nacional;

3.1.2. Quanto a formação:

I. **Para atuação em campo de estágio – Acupuntura:** Certificado de Conclusão de Residência Médica credenciado pelo MEC e/ou título de Especialista na área de Acupuntura emitido por órgão legalmente reconhecido e/ou Curso de Especialização em Acupuntura Médica Certificado pelo Colégio Médico Brasileiro de Acupuntura.

II. **Para atuação em estágios clínicos obrigatórios de acordo com a Resolução CNRM Nº 2, de 17 de Maio de 2006 (Neurologia, Ortopedia e traumatologia, Ginecologia e**

**Obstetrícia, Clínica Médica, Fisiatria):** Certificado de Conclusão de Residência Médica credenciado pelo MEC e/ou título de Especialista nas áreas específicas emitido por órgão legalmente reconhecido.

3.1.3. Estar lotado e desenvolver atividades profissionais em serviços que já tenham formalização de parceria junto ao ICEPi, conforme **ANEXO I**:

I. Os serviços deverão estar adequados do ponto de vista estrutural e de recursos humanos para que possam exercer competências de campo de estágio e para as atividades de residências médicas.

3.1.4. Apresentar Certidão de Regularidade atualizada, expedida pelo Conselho Regional Medicina do Espírito Santo, comprovando inexistência de processo disciplinar pendente e/ou imposição de pena disciplinar de qualquer natureza;

3.1.5. Não estar vinculado a qualquer programa com recebimento de bolsa pelo ICEPi;

3.1.6. Ter disponibilidade para participar das atividades presenciais, a distância e atividades de planejamento, de acordo com o Plano de Trabalho Individual pactuado, conforme **ANEXO II**;

3.1.7. Habilidades para utilizar tecnologia de informação especialmente de Educação a Distância e dispor Ferramentas de comunicação à distância.

3.2. Para o **Programa de Medicina de Família e Comunidade**, poderão participar do processo seletivo profissionais médicos que possuam os seguintes requisitos:

3.2.1. Tenham concluído o Curso de Medicina em instituição reconhecida pelo MEC ou tenham concluído o Curso de Medicina no exterior, brasileiros ou não, desde que possuam o diploma de médico validado por instituição nacional;

3.2.2. Quanto a formação:

I. **Para atuação em campo de estágio – Estratégia Saúde da Família:** Certificado de Conclusão de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade credenciado pelo MEC e/ou título de Especialista na área de Medicina de Família e Comunidade emitido por órgão legalmente reconhecido e/ou Experiência comprovada na área de Atenção Primária à Saúde (mínimo 4 anos).

II. **Para atuação em estágios clínicos obrigatórios – Urgência e Emergência:** Certificado de Conclusão de Residência Médica

credenciado pelo MEC e/ou título de Especialista em qualquer área emitido por órgão legalmente reconhecido e/ou Experiência comprovada na área de Urgência e Emergência (mínimo 4 anos).

3.2.3. Estar lotado e desenvolver atividades profissionais em serviços/municípios que já tenham formalização de parceria junto ao ICEPi, conforme **ANEXO I**:

I. Os serviços deverão estar adequados do ponto de vista estrutural e de recursos humanos para que possam exercer competências de campo de estágio e para as atividades de residências médicas.

3.2.4. Apresentar Certidão de Regularidade atualizada, expedida pelo Conselho Regional Medicina do Espírito Santo, comprovando inexistência de processo disciplinar pendente e/ou imposição de pena disciplinar de qualquer natureza;

3.2.5. Não estar vinculado a qualquer programa com recebimento de bolsa pelo ICEPi;

3.2.6. Ter disponibilidade para participar das atividades presenciais, a distância e atividades de planejamento, de acordo com o Plano de Trabalho Individual pactuado, conforme **ANEXO II**;

3.2.7. Habilidades para utilizar tecnologia de informação especialmente de Educação a Distância e dispor Ferramentas de comunicação à distância.

3.3. Para o **Programa de Psiquiatria**, poderão participar do processo seletivo profissionais médicos que possuam os seguintes requisitos:

3.3.1. Tenham concluído o Curso de Medicina em instituição reconhecida pelo MEC ou tenham concluído o Curso de Medicina no exterior, brasileiros ou não, desde que possuam o diploma de médico validado por instituição nacional;

3.3.2. Quanto a formação:

I. Certificado de Conclusão de Residência Médica credenciado pelo MEC e/ou título de Especialista na área de Psiquiatria emitido por órgão legalmente reconhecido.

3.3.3. Estar lotado e desenvolver atividades profissionais em serviços que já tenham formalização de parceria junto ao ICEPi, conforme **ANEXO I**:

I. Os serviços deverão estar adequados do ponto de vista estrutural e de recursos humanos para que possam exercer competências de campo de estágio e para as atividades de

residências médicas.

- 3.3.4. Apresentar Certidão Regularidade atualizada, expedida pelo Conselho Regional Medicina do Espírito Santo, comprovando inexistência de processo disciplinar pendente e/ou imposição de pena disciplinar de qualquer natureza;
- 3.3.5. Não estar vinculado a qualquer programa com recebimento de bolsa pelo ICEPi;
- 3.3.6. Ter disponibilidade para participar das atividades presenciais, a distância e atividades de planejamento, de acordo com o Plano de Trabalho Individual pactuado, conforme **ANEXO II**;
- 3.3.7. Habilidades para utilizar tecnologia de informação especialmente de Educação a Distância e dispor Ferramentas de comunicação à distância.

#### **4. DAS VAGAS**

- 4.1. As vagas a que se referem esse edital dizem respeito a titulares e cadastro de reserva (CR).
- 4.2. Os candidatos não classificados dentro do número de vagas estipuladas neste Processo Seletivo formarão um cadastro de reserva cuja vinculação ao Programa estará condicionada à liberação e/ou à criação futura de vagas no prazo de validade deste Processo Seletivo.
- 4.3. A convocação de candidatos é vinculada à distribuição final de residentes e necessidades específicas dos campos de prática. Cada preceptor deverá realizar a supervisão de até 3 residentes simultaneamente.
- 4.4. Os candidatos serão convocados respeitando a ordem de classificação para cada Programa de Residência e campo de prática.
- 4.5. Ressaltamos que os campos de prática onde estão inseridos os profissionais estão sujeitos a avaliação da COREME/ICEPi e caso seja necessário poderão ser modificados de forma a contemplar a formação do médico residente
- 4.6. Todos os preceptores selecionados, titulares e suplentes, deverão participar de capacitação pedagógica.

#### **5. DAS ATRIBUIÇÕES DO PRECEPTOR**

- 5.1. Exercer a função de orientador de referência para os residentes no desempenho das atividades práticas vivenciadas no cotidiano da atenção e gestão em saúde;
- 5.2. Orientar e acompanhar o desenvolvimento do plano de atividades teórico-

práticas e práticas do residente, devendo observar as diretrizes do Projeto Pedagógico (PP);

- 5.3. Elaborar, com suporte da coordenação do programa e demais preceptores, caso necessário, as escalas de plantões e de férias, acompanhando sua execução;
- 5.4. Participar do Programa de Qualificação Docente Assistencial;
- 5.5. Participar do planejamento das atividades educacionais para o cenário de prática a partir das necessidades formativas e do plano de curso;
- 5.6. Facilitar a integração dos residentes com a equipe de saúde, usuários (indivíduos, família e grupos), residentes de outros programas, bem como com estudantes dos diferentes níveis de formação profissional na saúde que atuam no campo de prática;
- 5.7. Participar, junto com os residentes e demais profissionais envolvidos no programa, das atividades de pesquisa e dos projetos de intervenção voltados à produção de conhecimento e de tecnologias que integrem ensino e serviço para qualificação do SUS;
- 5.8. Identificar dificuldades e problemas de qualificação dos residentes relacionadas ao desenvolvimento de atividades práticas de modo a proporcionar a aquisição das competências previstas no PP do programa, encaminhando-as à coordenação do programa quando se fizer necessário;
- 5.9. Realizar avaliações trimestrais do médico residente, conforme estabelecido pela CNRM;
- 5.10. Realizar apuração da frequência dos residentes sob sua responsabilidade, conforme procedimentos e normas estabelecidos pela instituição;
- 5.11. Participar da avaliação da implementação do PP do programa, contribuindo para o seu aprimoramento;
- 5.12. Participar da avaliação/orientação de trabalhos de conclusão de curso, projetos aplicativos e de intervenção, bem como publicações provenientes do programa de residência.

## **6. DAS ATRIBUIÇÕES DO INSTITUTO CAPIXABA DE ENSINO, PESQUISA E INOVAÇÃO EM SAÚDE - ICEPi**

- 6.1. Firmar, de acordo com as necessidades dos Programas, termos de parceria com instituições públicas, privadas ou filantrópicas e realizar a definição conjunta de campos de estágio para desenvolvimento dos Programas de Residência Médica;

- 6.2. Realizar o acompanhamento do desenvolvimento dos Programas de Residência Médica em conjunto com a COREME, bem como a avaliação e fiscalização de campos de estágio;
- 6.3. Realizar em conjunto com a COREME o acompanhamento das atividades do preceptor e o cumprimento das atividades estabelecidas em Plano de Trabalho Individual;
- 6.4. Realizar pagamento das bolsas de preceptoria;
- 6.5. Assegurar o cumprimento da legislação vigente quanto a direitos e deveres do preceptor.

## **7. DO RECEBIMENTO DA BOLSA DE APOIO À DIFUSÃO DE CONHECIMENTO**

- 7.1. Os preceptores selecionados receberão, a título de doação com encargos em prol do desenvolvimento de atividade docente-assistencial na modalidade de preceptoria, uma bolsa mensal no valor de R\$ 2.000,00 (dois mil reais) mediante assinatura de TERMO DE ADESÃO À BOLSA DE APOIO À DIFUSÃO DE CONHECIMENTO (**ANEXO III**) por período a ser definido de acordo com o Plano de Trabalho Individual (**ANEXO II**).
- 7.2. O pagamento da bolsa de que trata o ato se dará a título de doação com encargos em prol do desenvolvimento científico, tecnológico e de inovações, na forma das Leis Federais nº 10.973, de 2004, e nº 9.250, de 26 de dezembro de 1995, e não caracterizam contraprestação de serviços ou vantagem para o doador. Assim como, conforme previsto nas referidas legislações, não representará vínculo empregatício com o Estado do Espírito Santo nem com o município e não será utilizado como base de cálculo para recebimento de outros benefícios, inclusive para fins previdenciários.
- 7.3. As bolsas são ISENTAS de desconto de imposto de renda, conforme previsto na Lei nº 9.250, de 26 de dezembro de 1995.
- 7.4. O pagamento de bolsa está vinculado à entrega dos produtos estabelecidos em Plano de Trabalho Individual (**ANEXO II**) comprovados através da apresentação do Relatório Mensal de Atividades (**ANEXO IV**).
  - 7.4.1. Este Relatório deve ser encaminhado ao Coordenador do Programa de Residência até o dia segundo dia útil de cada mês.
- 7.5. O pagamento de bolsa está vinculado ao cumprimento das atribuições do preceptor e da carga horária estabelecida para supervisão.
- 7.6. Os profissionais receberão a bolsa somente durante o período em que estiverem realizando a preceptoria direta de residentes, sendo a bolsa suspensa no período em que não houver residentes sob sua supervisão.



- 7.7. O pagamento das bolsas seguirá o cronograma definido a partir da data da entrada da documentação do Instituto Capixaba de Ensino, Pesquisa e Inovação em Saúde.
- 7.8. O pagamento de bolsa fica condicionado a entrega da documentação completa e sem pendências.
- 7.9. Assegurado o exercício do contraditório e da ampla defesa, a concessão das bolsas poderá ser cancelada a qualquer tempo, se constatada a ausência de qualquer dos requisitos para a concessão.
- 7.10. A bolsa será cancelada na hipótese de omissão de incompatibilidade precedente ou superveniente ou infringência à legislação aplicável aos pagamentos de bolsa.
- 7.11. O cancelamento da bolsa poderá, quando necessário, acarretar ao bolsista o dever de restituição do investimento feito indevidamente em seu favor de acordo com a legislação vigente, seguindo as orientações disponibilizadas no ato de notificação feita ao bolsista.
- 7.12. A última parcela da bolsa somente será paga após o envio e validação do relatório final de atividades, que deverá estar em conformidade com as atividades apresentadas no plano de trabalho individual.
- 7.13. O bolsista que não entregar o relatório no mês anterior à finalização da vigência da bolsa será considerado inadimplente, ficando suspenso o pagamento da última parcela e impossibilitado de aderir à novos projetos até que a pendência seja sanada.
- 7.14. O prazo para entrega do relatório final de atividades é de até 90 (noventa) dias após a finalização das atividades do Projeto, sendo que após esse período será considerado abandono do Projeto e ensejará na devolução dos valores recebidos, desde a última validação de produto entregue.
- 7.15. Os suplentes não receberão bolsa, salvo se forem convocados para assumir como titulares.

## **8. DOS DIREITOS DOS PRECEPTORES**

- 8.1. A cada 12 (doze) meses de atividades, o preceptor terá garantido o gozo de 30 dias de descanso das atividades, cabendo ao participante a compensação de demandas curriculares e de pesquisa não cumpridas durante o respectivo período.
- 8.1.1. Nos programas que tenham duração superior a 11 (onze) meses, fica garantido o gozo de trinta dias, contínuos ou fracionados em dois períodos de 15 (quinze) dias, de descanso das atividades de ensino, pesquisa e desenvolvimento tecnológico ao qual esteja vinculado, cabendo ao participante a compensação de demandas



curriculares, de pesquisa ou de desenvolvimento não cumpridas durante o respectivo período.

- 8.2. No caso da preceptora estar em gozo de licença maternidade em decorrência de parto ou adoção ocorrido durante o período do vínculo com o Programa de Residência, formalmente comunicado ao ICEPi, a vigência da participação no Projeto poderá ser prorrogada por até 6 meses, condicionada à continuidade das atividades de estudo e pesquisa ao qual esteja vinculado.

## **9. DO PROCESSO DE SELEÇÃO**

9.1. O processo de seleção será constituído pelas seguintes etapas:

- 9.1.1. Inscrição eletrônica;
- 9.1.2. Classificação;
- 9.1.3. Comprovação dos Requisitos e Informações declaradas no ato da Inscrição;
- 9.1.4. Formalização de Adesão ao Programa de Bolsas do ICEPi.

9.2. O processo seletivo será realizado por uma Comissão de Seleção composta por profissionais do ICEPi.

## **10. DA INSCRIÇÃO**

- 10.1. As inscrições estarão disponíveis entre os dias 30/06/2020 a 13/07/2020, conforme cronograma do Processo seletivo (**ANEXO V**), exclusivamente por meio do formulário eletrônico que será disponibilizado no endereço eletrônico: [www.saude.es.gov.br/icepi](http://www.saude.es.gov.br/icepi).
- 10.2. Ao realizar o pedido de inscrição *on-line*, o candidato deverá conhecer e concordar com todas as regras contidas neste Edital e certificar-se de efetivamente preencher todos os requisitos exigidos.
- 10.3. A inscrição implicará a completa ciência e tácita aceitação das normas e condições estabelecidas neste Edital, sobre as quais o candidato não poderá alegar desconhecimento.
- 10.4. Inscrição em Formulário Eletrônico:
- 10.4.1. O candidato deverá acessar o Edital ICEPi/SESA Nº 008/2020 - PROCESSO SELETIVO DE PRECEPTORES PARA A RESIDÊNCIA MÉDICA no endereço eletrônico: [www.selecao.es.gov.br](http://www.selecao.es.gov.br).

- 10.4.2. Ao clicar em “Faça sua Inscrição” o site redirecionará o candidato para realizar login no Portal Acesso Cidadão. Caso ainda não possua cadastro, será necessário realizá-lo.
- 10.4.3. Após login no Portal, o candidato será direcionado para a página de inscrição onde deverá selecionar o Programa de Residência, Campo de Prática e Área de atuação em que deseja pleitear vaga.
- 10.4.4. O candidato também deverá confirmar se possui todos os requisitos para atuação como preceptor do Programa indicado.
- 10.4.5. Será solicitada, ainda, a inserção dos demais dados pessoais e para fins de pontuação de acordo com o Item 11 deste edital.
- 10.4.6. Após conclusão da inscrição eletrônica, não há possibilidade de alteração ou inclusão de informações. Porém, será possível realizar exclusão da inscrição e realizar novo preenchimento.
- 10.4.7. Ao concluir a inscrição eletrônica, o sistema emitirá o COMPROVANTE que ficará disponível na aba “Painel do Candidato”.
- 10.5. A não comprovação dos requisitos e das informações declaradas no ato da inscrição eletrônica implicará na **ELIMINAÇÃO DO CANDIDATO**.
- 10.6. Não será possível recalcular a nota obtida no ato de inscrição após a conclusão da mesma ou em qualquer das etapas do processo seletivo, dessa forma, o candidato deve atentar-se para as informações inseridas. Uma vez que a não comprovação das informações levará à **ELIMINAÇÃO** do candidato do processo seletivo.
- 10.7. O candidato é responsável pela fidelidade e legitimidade das informações prestadas e dos documentos apresentados em qualquer fase do processo seletivo. A falsidade de qualquer documento apresentado ou a inverdade das informações nele contidas implicará imediata **ELIMINAÇÃO** do candidato que o tiver apresentado, ou, caso tenha sido selecionado, a cessação da vinculação de participação no Programa, sem prejuízo das demais sanções cabíveis.
- 10.8. É de inteira responsabilidade do candidato a inserção de suas informações no sistema. O ICEPi/SESA não se responsabilizará por eventuais prejuízos causados pelo preenchimento incorreto dos dados de inscrição, nem pela inscrição não efetivada por motivos de ordem técnica, falhas de comunicação ou congestionamento de linhas de comunicação que impossibilitem a transferência dos dados ou a impressão de documentos.
- 10.9. Não serão aceitas inscrições condicionais, por e-mail, ou outra forma não prevista neste Edital.
- 10.10. Não será cobrada taxa de inscrição.

10.11. Somente será aceita 01 (uma) inscrição por candidato.

## 11. DA CLASSIFICAÇÃO

11.1. Será realizada classificação dos candidatos com base nas informações declaradas no ato da inscrição.

11.1.1. A não comprovação dos requisitos e das informações declaradas no ato da inscrição eletrônica implicará na **ELIMINAÇÃO DO CANDIDATO**.

11.2. A classificação dos candidatos será publicada no endereço eletrônico: [www.saude.es.gov.br/icepi](http://www.saude.es.gov.br/icepi) em 17/07/20.

11.3. A classificação se dará em ordem decrescente de pontuação dentro de cada campo de prática.

11.4. A pontuação final no processo seletivo poderá ser de 0 (zero) a 22 (vinte e dois) pontos.

11.5. Não serão atribuídos pontos aos itens exigidos como requisitos para participação neste Edital.

11.6. Os critérios de avaliação e suas pontuações encontram-se especificados no quadro a seguir:

ASPECTOS A SEREM AVALIADOS NA SELEÇÃO	PONTUAÇÃO	PONTUAÇÃO MÁXIMA
Experiência profissional na área de saúde a que deseja pleitear vaga (Acupuntura, Neurologia, Ortopedia e traumatologia, Ginecologia e Obstetrícia, Clínica Médica, Fisiatria, Atenção Primária à Saúde, Urgência e Emergência, Psiquiatria)	1,0 ponto a cada doze meses	5,0
Experiência profissional em processos de preceptoria na área da saúde	1,0 para cada período de 3 (três) meses de trabalho comprovado	5,0
Experiência profissional na área de docência na modalidade presencial	0,5 ponto a cada seis meses	3,0
Experiência profissional na área de docência na modalidade a distância	0,5 ponto a cada seis meses	1,0
Pós-graduação <i>stricto sensu</i> (doutorado)	3,0	3,0
Pós-graduação <i>stricto sensu</i> (mestrado)	2,0	2,0
Pós-graduação <i>lato sensu</i> (residência/especialização) em área de saúde.	1,0	2,0
- Para os Programas de Acupuntura e Psiquiatria: não		

será pontuada a pós-graduação apresentada como pré-requisito.  - Para o Programa de Medicina de Família e Comunidade: será pontuada a pós-graduação mesmo se apresentada como pré-requisito.		
Curso de qualificação em Metodologias Ativas de ensino-aprendizagem (carga horária mínima de 40 horas)	0,5 para cada curso	1,0
<b>Total de pontos</b>		<b>22,0</b>

11.7.A Comprovação de experiência profissional na área de saúde a que deseja pleitear vaga dar-se-á da seguinte forma:

11.7.1. Na área pública:

- I. Documento expedido pelo Poder Público Federal, Estadual ou Municipal, conforme o âmbito da prestação da atividade, em papel timbrado, com carimbo do órgão expedidor datado e assinado pelo Departamento de Pessoal/Recursos Humanos de Órgãos ou Unidades Administrativas equivalentes especificando período compreendido e os cargos ou funções exercidas comprovando a atuação declarada,OU;
- II. Declaração emitida por sites oficiais que contenham autenticação eletrônica, especificando o período compreendido e os cargos ou funções exercidas, comprovando a atuação declarada.

11.7.2. Na iniciativa privada:

- I. Cópia da carteira de trabalho (páginas de identificação com foto e dados pessoais e registro do(s) contrato(s) de trabalho), OU;
- II. Declaração emitida pelo empregador contendo assinatura que identifique o responsável pela referida declaração, informando período e atividades exercidas;
- III. No caso de contrato em vigor (carteira sem data de saída), o empregador deverá incluir também na declaração especificada na alínea b, a data do término prevista ou atesto de continuidade do contrato.

11.8.A comprovação de experiência profissional na área de docência na modalidade presencial dar-se-á da seguinte forma:

11.8.1. Na área pública:

- I. Documento expedido pelo Poder Público Federal, Estadual ou Municipal, conforme o âmbito da prestação da atividade, em papel

timbrado, com carimbo do órgão expedidor datado e assinado pelo Departamento de Pessoal/Recursos Humanos de Órgãos, Unidades Administrativas equivalentes ou responsável pela Secretaria Acadêmica da Instituição, especificando período compreendido e os cargos ou funções exercidas comprovando a atuação declarada,OU;

- II. Declaração emitida por sites oficiais que contenham autenticação eletrônica, especificando o período compreendido e os cargos ou funções exercidas, comprovando a atuação declarada.

11.8.2. Na iniciativa privada:

- I. Cópia da carteira de trabalho (páginas de identificação com foto e dados pessoais e registro do(s) contrato(s) de trabalho), OU;
- II. Declaração emitida pelo empregador contendo assinatura que identifique o responsável pela referida declaração, informando período e atividades exercidas;
- III. No caso de contrato em vigor (carteira sem data de saída), o empregador deverá incluir também na declaração especificada na alínea b, a data do término prevista ou atesto de continuidade do contrato.

11.9.A comprovação de experiência profissional na área de docência na modalidade a distância dar-se-á da seguinte forma:

11.9.1. Na área pública:

- I. Documento expedido pelo Poder Público Federal, Estadual ou Municipal, conforme o âmbito da prestação da atividade, em papel timbrado, com carimbo do órgão expedidor datado e assinado pelo Departamento de Pessoal/Recursos Humanos de Órgãos ou Unidades Administrativas equivalentes ou responsável pela Secretaria Acadêmica da Instituição, especificando período compreendido e os cargos ou funções exercidas comprovando a atuação declarada,OU;
- II. Declaração emitida por sites oficiais que contenham autenticação eletrônica, especificando o período compreendido e os cargos ou funções exercidas, comprovando a atuação declarada.

11.9.2. Na iniciativa privada:

- I. Cópia da carteira de trabalho (páginas de identificação com foto e dados pessoais e registro do(s) contrato(s) de trabalho), OU;
- II. Declaração emitida pelo empregador contendo assinatura que identifique o responsável pela referida declaração, informando período e atividades exercidas;

- III. No caso de contrato em vigor (carteira sem data de saída), o empregador deverá incluir também na declaração especificada na alínea b, a data do término prevista ou atesto de continuidade do contrato.

11.10.A comprovação de experiência profissional em processos de preceptoria na área da saúde dar-se-á da seguinte forma:

11.10.1. Na área pública:

- I. Documento expedido pelo Poder Público Federal, Estadual ou Municipal, conforme o âmbito da prestação da atividade, em papel timbrado, com carimbo do órgão expedidor datado e assinado pelo Departamento de Pessoal/Recursos Humanos de Órgãos ou Unidades Administrativas equivalentes ou responsável pela Secretaria Acadêmica da Instituição, especificando período compreendido e os cargos ou funções exercidas comprovando a atuação declarada,OU;
- II. Declaração emitida por sites oficiais que contenham autenticação eletrônica, especificando o período compreendido e os cargos ou funções exercidas, comprovando a atuação declarada.

11.10.2. Na iniciativa privada:

- I. Cópia da carteira de trabalho (páginas de identificação com foto e dados pessoais e registro do(s) contrato(s) de trabalho), OU;
- II. Declaração emitida pelo empregador contendo assinatura que identifique o responsável pela referida declaração, informando período e atividades exercidas;
- III. No caso de contrato em vigor (carteira sem data de saída), o empregador deverá incluir também na declaração especificada na alínea b, a data do término prevista ou atesto de continuidade do contrato.

11.11. Para comprovação da conclusão do curso de pós-graduação em nível de Especialização, Mestrado e Doutorado, será aceito diploma ou certificado atestando que o curso atende às normas da Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996 (Lei de Diretrizes e Bases da Educação), do Conselho Nacional de Educação (CNE), ou está de acordo com as normas do extinto Conselho Federal de Educação (CFE). Também será aceita declaração de conclusão de pós-graduação em nível de Especialização, Mestrado e Doutorado, acompanhada do respectivo histórico escolar, no qual conste a carga horária do curso, as disciplinas cursadas com as respectivas menções, a comprovação da apresentação e aprovação da monografia, dissertação ou tese. A declaração deverá também atestar que o curso atende às normas da Lei nº 9.394/1996, do

CNE, ou está de acordo com as normas do extinto CFE. Caso o histórico escolar ateste a existência de alguma pendência ou falta de requisito de conclusão do curso, o certificado/declaração não será aceito.

- 11.11.1. O Certificado de curso de pós-graduação lato-sensu, em nível de especialização, que não apresentar a carga horária mínima de 360h/aula não será pontuado. Quando o nome do candidato for diferente do constante dos documentos apresentados, deverá ser anexado comprovante de alteração do nome (por exemplo: certidão de casamento).
- 11.12. Curso de qualificação em Metodologias Ativas de ensino-aprendizagem (carga horária mínima de 40 horas)
  - 11.12.1. Apresentação de Certificado ou Declaração de Conclusão de Curso que descreva a carga horária e matriz curricular, emitido por órgão legalmente reconhecido nas áreas específicas.
- 11.13. Os cursos realizados no exterior só terão validade quando acompanhados por documento expedido por tradutor juramentado e reconhecido pelo Ministério da Educação (MEC).

## **12. DOS CRITÉRIOS DE DESEMPATE**

- 12.1. O desempate se dará de acordo com os critérios abaixo e na seguinte ordem de prioridade:
  - 12.1.1. Maior tempo de experiência profissional na área de saúde do Programa que deseja pleitear vaga;
  - 12.1.2. Maior tempo de experiência como preceptor;
  - 12.1.3. Maior tempo de experiência em docência na modalidade presencial;
  - 12.1.4. Maior idade.

## **13. DA CONVOCAÇÃO PARA COMPROVAÇÃO DE REQUISITOS E INFORMAÇÕES AUTODECLARADAS**

- 13.1. Os candidatos serão convocados respeitando a ordem de classificação para cada campo de prática.
- 13.2. A convocação de candidatos é vinculada à distribuição final de residentes e necessidades específicas dos campos de prática.
- 13.3. Os candidatos serão convocados para envio de documentos de acordo com a necessidade de cada campo de prática. Dessa forma, alguns candidatos classificados dentro do número de vagas não serão convocados de imediato.



13.4.A primeira convocação será publicada no endereço eletrônico [www.saude.es.gov.br/icepi](http://www.saude.es.gov.br/icepi) no dia 17/07/20.

13.5.O candidato convocado terá o prazo de 20 a 24/07/20 para encaminhar para o email [icepi.selecaoceptores@saude.es.gov.br](mailto:icepi.selecaoceptores@saude.es.gov.br) os seguintes documentos digitalizados em formato PDF (**Atenção: cada arquivo deve estar em formato PDF e ter no máximo 1MB**):

13.5.1. Comprovante de Inscrição no processo seletivo;

13.5.2. Documento de identificação com foto, conforme Lei nº 12.037/2009;

13.5.3. CPF;

13.5.4. Certidão de Casamento, caso haja alteração de nome em relação aos documentos apresentados;

13.5.5. Diploma de graduação em Medicina de Instituições credenciadas pelo Ministério da Educação (frente e verso num único arquivo);

13.5.6. Certificado de Conclusão de Residência Médica credenciado pelo MEC ou título de Especialista emitido por órgão legalmente reconhecido nas áreas específicas ou curso específico, quando requisito;

13.5.7. Certidão de regularidade junto ao Conselho Regional de Medicina do Espírito Santo. A certidão deverá estar válida no ato de apresentação da documentação. Não será aceita a carteira de registro profissional;

13.5.8. Comprovante de quitação eleitoral;

13.5.9. Documento para fins de comprovação de experiência profissional na área de saúde específica do Programa que deseja pleitear vaga, quando requisito. A Comprovação dar-se-á da seguinte forma:

I. Na área pública:

a) Documento expedido pelo Poder Público Federal, Estadual ou Municipal, conforme o âmbito da prestação da atividade, em papel timbrado, com carimbo do órgão expedidor datado e assinado pelo Departamento de Pessoal/Recursos Humanos de Órgãos ou Unidades Administrativas equivalentes especificando período compreendido e os cargos ou funções exercidas comprovando a atuação declarada,OU;

b) Declaração emitida por sites oficiais que contenham autenticação eletrônica, especificando o período compreendido e os cargos ou funções exercidas, comprovando a atuação declarada.

II. Na iniciativa privada:

- a) Cópia da carteira de trabalho (páginas de identificação com foto e dados pessoais e registro do(s) contrato(s) de trabalho), OU;
- b) Declaração emitida pelo empregador contendo assinatura que identifique o responsável pela referida declaração, informando período e atividades exercidas;
- c) No caso de contrato em vigor (carteira sem data de saída), o empregador deverá incluir também na declaração especificada na alínea b, a data do término prevista ou atesto de continuidade do contrato.

13.5.10. Termo de anuência da chefia imediata conforme modelo (**ANEXO VI**):

- I. O Termo de Anuência deverá ser assinado pela chefia do serviço indicado como campo de prática no ato de preenchimento do formulário eletrônico.

13.5.11. Documento para fins de comprovação de inserção profissional no cenário de prática a que deseja pleitear vaga. A Comprovação dar-se-á da seguinte forma:

I. Na área pública:

- a) Documento expedido pelo Poder Público Federal, Estadual ou Municipal, conforme o âmbito da prestação da atividade, em papel timbrado, com carimbo do órgão expedidor datado e assinado pelo Departamento de Pessoal/Recursos Humanos de Órgãos ou Unidades Administrativas equivalentes especificando os cargos ou funções exercidas, comprovando a atuação junto ao cenário de prática declarado, OU;
- b) Declaração emitida por sites oficiais que contenham autenticação eletrônica, especificando os cargos ou funções exercidas, comprovando a atuação junto ao cenário de prática declarado.

II. Na iniciativa privada:

- a) Cópia da carteira de trabalho (páginas de identificação com foto e dados pessoais e registro de contrato de trabalho vigente junto ao cenário de prática declarado), OU;
- b) Declaração emitida pelo empregador contendo assinatura que identifique o responsável pela referida declaração, informando atividades exercidas e atuação junto ao cenário de prática declarado;

13.5.12. Declaração de compromisso, responsabilidade e habilidade

conforme modelo (**ANEXO VII**);

- 13.5.13. Documentos comprobatórios para fins de pontuação, declarados no ato da Inscrição, de acordo com o item 11 deste Edital.
- 13.6. O candidato convocado que não apresentar documentação condizente com a informação prestada no ato da inscrição será **ELIMINADO** do processo seletivo.
- 13.7. O candidato que apresentar documentação incompleta, ilegível ou fora do prazo estabelecido será **ELIMINADO** do processo seletivo.
- 13.8. O candidato que encaminhar documentação fora do formato padrão (PDF) será **ELIMINADO** do processo seletivo.
- 13.9. A não comprovação dos requisitos e das informações declaradas no ato da inscrição eletrônica implicará na **ELIMINAÇÃO DO CANDIDATO**.
- 13.10. O candidato é responsável pela fidelidade e legitimidade das informações prestadas e dos documentos apresentados em qualquer fase do processo seletivo. A falsidade de qualquer documento apresentado ou a inverdade das informações nele contidas implicará imediata **ELIMINAÇÃO** do candidato que o tiver apresentado, ou, caso tenha sido selecionado, a cessação da vinculação de participação no Programa, sem prejuízo das demais sanções cabíveis.
- 13.11. É de inteira responsabilidade do candidato o encaminhamento de seus documentos e envio de suas informações. O ICEPi/SESA não se responsabilizará por eventuais prejuízos causados pelo preenchimento incorreto dos dados, nem pela não comprovação de informações causada por motivos de ordem técnica, falhas de comunicação ou congestionamento de linhas de comunicação que impossibilitem a transferência dos dados ou a impressão de documentos.
- 13.12. Nenhum documento deve ser encaminhado sem prévia convocação do candidato.
- 13.13. O resultado da análise de documentação comprobatória será publicada no endereço eletrônico [www.saude.es.gov.br/icepi](http://www.saude.es.gov.br/icepi), em 07/08/20.
- 13.13.1. Caso não haja candidato apto para Formalização será realizada convocação de suplente para envio de documentação comprobatória.
- 13.13.2. A convocação de suplente será realizada apenas após publicação do resultado do recurso quanto à análise de documentação comprobatória.
- 13.14. Não será seguido um calendário específico para as convocações posteriores, pois dependerá das necessidades de cada campo de prática, sendo responsabilidade do candidato manter-se informado junto ao

endereço eletrônico [www.saude.es.gov.br/icepi](http://www.saude.es.gov.br/icepi), onde serão divulgadas as convocações.

- 13.15. Junto a cada convocação será publicado prazo e método para envio dos documentos comprobatórios. Caso o candidato não preencha os requisitos definidos para a vaga, a mesma será ofertada para o próximo candidato da lista de classificados para aquele campo de prática.

## **14. DOS RECURSOS**

- 14.1. Os candidatos poderão interpor recurso, devidamente fundamentado, referente ao resultado da análise de documentação comprobatória.
- 14.2. O prazo para interposição de recurso será de 10 a 12/08/2020.
- 14.3. Recursos encaminhados fora do prazo serão indeferidos.
- 14.4. O resultado da análise dos recursos estará disponível no endereço eletrônico: [www.saude.es.gov.br/icepi](http://www.saude.es.gov.br/icepi), a partir da data provável do dia 21/08/2020.
- 14.5. Somente será aceito 01 (um) recurso por candidato.
- 14.6. O recurso deverá ser encaminhado por e-mail para o endereço eletrônico: [icepi.selecaoceptores@saude.es.gov.br](mailto:icepi.selecaoceptores@saude.es.gov.br).
- 14.7. No corpo do email deve constar:
- 14.7.1. Número e identificação do edital ao qual esta recorrendo;
  - 14.7.2. Nome completo do candidato;
  - 14.7.3. CPF;
  - 14.7.4. Justificativa do pedido de recurso: deverá ser claro, objetivo e consistente em seu pleito. Recurso inconsistente ou fora do prazo será preliminarmente indeferido.
- 14.8. O recurso deverá ser impetrado de forma individual.
- 14.9. Todos os recursos serão avaliados pela comissão de seleção.
- 14.10. Se da resposta do recurso resultar uma alteração do resultado, esta valerá para todos os candidatos, independentemente de terem recorrido ou não.
- 14.11. Em hipótese alguma será aceito pedido de revisão do resultado do recurso.

## **15. DA FORMALIZAÇÃO DA ADESÃO AO PROGRAMA DE BOLSAS DO ICEPI**

- 15.1. A convocação para Formalização da Adesão ao Programa de Bolsas do

ICEPi será publicada no endereço eletrônico [www.saude.es.gov.br/icepi](http://www.saude.es.gov.br/icepi), na data provável de 25/08/20.

- 15.1.1. Caso não haja candidatos aptos para Formalização será realizada convocação de suplente para envio de documentação comprobatória (de acordo com Item 13 deste edital).
- 15.1.2. A convocação de suplente apenas será realizada após publicação do resultado do recurso quanto à análise de documentação comprobatória.
- 15.2. A Formalização da Adesão ao Programa possui caráter eliminatório e será realizada através do envio e validação de documentos descritos no Item 15.3.
- 15.3. O candidato convocado para formalização terá o prazo de 26/08/20 a 02/09/20 para encaminhar para o email [icepi.selecaoceptores@saude.es.gov.br](mailto:icepi.selecaoceptores@saude.es.gov.br) os seguintes documentos digitalizados em formato PDF (**Atenção: cada arquivo deve estar em formato PDF e ter no máximo 1MB**):
  - 15.3.1. Termo de Adesão à Bolsa de Apoio à Difusão de Conhecimento (**ANEXO III**) preenchido e assinado;
  - 15.3.2. Ficha de cadastro do bolsista (**ANEXO VIII**) preenchida e assinada;
  - 15.3.3. Plano de Trabalho Individual (**ANEXO II**) preenchido e assinado;
  - 15.3.4. Comprovante de residência (moradia) ou declaração de residência (moradia);
  - 15.3.5. Certidão/Declaração atualizada de Regularidade junto ao Conselho Regional de Medicina do Espírito Santo;
  - 15.3.6. Comprovante de Situação Cadastral no CPF;
  - 15.3.7. Comprovante de quitação eleitoral;
  - 15.3.8. Certidão negativa de débito municipal, estadual e da União;
  - 15.3.9. Número de Identificação Social (NIS) ou Consulta impressa da Qualificação Cadastral (caso já tenha PIS/PASEP) pelo site: <http://consultacadastral.inss.gov.br/Esocial/pages/qualificacao/resultadoqualificacao.xhtml>;
  - 15.3.10. Certificado de Reservista, sexo masculino;
  - 15.3.11. Resumo do Currículo Lattes;
  - 15.3.12. Documento que identifique os dados bancários (número da conta e agência) e que o candidato seja o titular da conta.
- 15.4. O candidato que apresentar documentação incompleta, ilegível ou fora do prazo estabelecido será ELIMINADO do processo seletivo.

- 15.5. O candidato que encaminhar documentação fora do formato padrão (PDF) será **ELIMINADO** do processo seletivo.
- 15.6. As convocações posteriores para Formalização da Adesão ao Programa não seguirão um calendário específico, pois dependerão das necessidades de cada campo de prática. Junto a cada convocação será publicado prazo e método para envio dos documentos. Caso o candidato não cumpra as determinações a vaga será ofertada para o próximo candidato da lista de classificados para aquele campo de prática.
- 15.7. O pagamento das bolsas seguirá o cronograma definido a partir da data do recebimento da documentação pelo Instituto Capixaba de Ensino, Pesquisa e Inovação em Saúde.
- 15.8. A efetivação do cadastro e o pagamento de bolsa ficam condicionados a entrega da documentação completa e sem pendências. Além do envio de relatório mensal de atividades desenvolvidas (**ANEXO IV**).

## **16. DO INÍCIO DAS ATIVIDADES**

- 16.1. As atividades estão previstas para ter início em 05/10/2020, porém a data definitiva será divulgada junto à primeira convocação no endereço eletrônico: [www.saude.es.gov.br/icepi](http://www.saude.es.gov.br/icepi).
- 16.2. Para os candidatos convocados posteriormente, o prazo para início das atividades será fixado junto às convocações divulgadas no endereço eletrônico: [www.saude.es.gov.br/icepi](http://www.saude.es.gov.br/icepi).

## **17. DA AVALIAÇÃO DOS PRECEPTORES E DOS CRITERIOS DE DESLIGAMENTO**

- 17.1. O Preceptor vinculado ao Programa de Residência será avaliado trimestralmente pelos residentes e pela Coordenação do Programa.
- 17.2. Os instrumentos de avaliação serão previamente apresentados aos Preceptores para ciência.
- 17.3. O preceptor poderá solicitar desligamento do Programa nas seguintes situações:
- 17.3.1. Por questões de foro íntimo;
  - 17.3.2. Para tratamentos de saúde.
- 17.4. O preceptor poderá ser desligado do Programa por solicitação da equipe do ICEPi nas seguintes situações:
- 17.4.1. Não atender às necessidades do Programa, como: não cumprimento de carga horária;

- 17.4.2. Não cumprimento dos termos pactuados em Plano de Trabalho Individual;
  - 17.4.3. Não cumprimento das atribuições do Preceptor;
  - 17.4.4. Encerramento de vínculo junto ao serviço pactuado como campo de prática para o Programa de Residência;
  - 17.4.5. Descumprimento de Código de Ética Profissional;
  - 17.4.6. Aplicação de penalidades pelo Conselho Regional/Federal da categoria profissional;
  - 17.4.7. Avaliação insatisfatória pelos residentes ou Coordenador do Programa.
- 17.5. Casos omissos serão avaliados pela COREMU e pela Direção Geral do ICEPi.

## **18. DOS CRITÉRIOS DE SUBSTITUIÇÃO**

- 18.1. Com a desistência de candidato ou desligamento de preceptor em atuação, o suplente será convocado de acordo com a classificação por campo de prática divulgada no endereço eletrônico: [www.saude.es.gov.br/icepi](http://www.saude.es.gov.br/icepi).
- 18.2. O prazo para início de atividades será informado no ato de convocação do candidato.

## **19. DA VIGÊNCIA**

- 19.1. Este edital entrará em vigor na data de sua publicação e terá validade de 24 (vinte e quatro) meses.

## **20. DAS DISPOSIÇÕES FINAIS**

- 20.1. As eventuais dúvidas poderão ser encaminhadas formalmente por meio eletrônico no seguinte endereço: [icepi.selecaoceptors@saude.es.gov.br](mailto:icepi.selecaoceptors@saude.es.gov.br) devendo conter o número e a identificação deste edital.
- 20.2. O presente Edital poderá ser revogado ou anulado a qualquer momento, no todo ou em parte, por motivo de interesse público ou exigência legal, sem que isso implique direito a indenização ou reclamação de qualquer natureza.
- 20.3. O presente Edital, seus anexos, possíveis retificações e resultados estarão disponíveis no site <https://saude.es.gov.br/icepi>.



20.4. É de inteira responsabilidade do candidato acompanhar frequentemente as publicações de todos comunicados deste processo seletivo no site <https://saude.es.gov.br/icepi>.

20.5. Os casos omissos e as situações não previstas serão resolvidos pela Comissão de Seleção do Processo Seletivo.

Vitoria, 30 de Junho de 2020.

**FABIANO RIBEIRO DOS SANTOS**

Diretor Geral

Instituto Capixaba de Ensino, Pesquisa e Inovação em Saúde – ICEPi

Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo

**ANEXO I**

**CAMPOS DE PRÁTICA DOS PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA MÉDICA**

**1. PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MÉDICA EM ACUPUNTURA**

<b>PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MÉDICA EM ACUPUNTURA</b>		
<b>CAMPO</b>	<b>ESPECIALIDADES</b>	<b>VAGAS</b>
CREFES - CENTRO DE REABILITAÇÃO FÍSICA DO ESPÍRITO SANTO	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	01 + CR
	NEUROLOGIA	01 + CR

	FISIATRIA	01 + CR
HOSPITAL DÓRIO SILVA	NEUROLOGIA	01 + CR
HOSPITAL ESTADUAL CENTRAL	NEUROLOGIA	01 + CR
HOSPITAL ESTADUAL DR ANTONIO BEZERRA DE FARIAS	CLÍNICA MÉDICA	01 + CR
HOSPITAL ESTADUAL DE VILA VELHA	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	01 + CR
HOSPITAL VILA VELHA	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	01 + CR
HOSPITAL UNIMED VITÓRIA	ACUPUNTURA	01 + CR
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CASSIANO ANTONIO MORAES	CLÍNICA MÉDICA	01 + CR
	GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA	01 + CR
CENTRO MÉDICO DE ESPECIALIDADES DE VITÓRIA	ACUPUNTURA	01 + CR
CENTRO DE REFERÊNCIA EM PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES	ACUPUNTURA	01 + CR

## 2. PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MÉDICA EM MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE

PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MÉDICA EM MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE			
MUNICÍPIO	CAMPO	VAGAS	CARGA HORÁRIA MÍNIMA
ARACRUZ	UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE MUNICIPAIS	01 + CR	32 Horas/Semana
	SERVICOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA EM CLÍNICA MÉDICA, MUNICIPAIS OU ESTADUAIS (PÚBLICOS OU FILANTRÓPICOS) SITUADOS NO MUNICÍPIO	01 + CR	12 Horas/Semana
COLATINA	UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE MUNICIPAIS	01 + CR	32 Horas/Semana
	SERVICOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA EM CLÍNICA MÉDICA MUNICIPAIS OU ESTADUAIS (PÚBLICOS OU FILANTRÓPICOS) SITUADOS NO MUNICÍPIO	01 + CR	12 Horas/Semana
SÃO MATEUS	UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE MUNICIPAIS	01 + CR	32 Horas/Semana
	SERVICOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA EM CLÍNICA MÉDICA MUNICIPAIS OU ESTADUAIS (PÚBLICOS OU FILANTRÓPICOS) SITUADOS NO MUNICÍPIO	01 + CR	12 Horas/Semana

### 3. PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MÉDICA EM PSIQUIATRIA

<b>PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MÉDICA EM PSIQUIATRIA</b>		
<b>CAMPO</b>	<b>ESPECIALIDADES</b>	<b>VAGAS</b>
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CASSIANO ANTONIO MORAES - HUCAM	PSIQUIATRIA	01 + CR
HOSPITAL ESTADUAL DE ATENÇÃO CLÍNICA - HEAC	PSIQUIATRIA	06 + CR
CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL - CIDADE	PSIQUIATRIA	01 + CR
CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL - MOXUARA	PSIQUIATRIA	01 + CR

**ANEXO II**

**MODELO PARA ELABORAÇÃO DO PLANO DE TRABALHO**  
**PLANO DE TRABALHO INDIVIDUAL**

<b>NOME DO BOLSISTA:</b>	<b>CPF:</b>
<b>E-MAIL:</b>	<b>TELEFONE:</b>
<b>DATA PREVISTA PARA O INÍCIO DAS ATIVIDADES:</b> /     / <u>2020</u>	<b>DATA PREVISTA PARA O TÉRMINO DAS ATIVIDADES:</b> /     / 20

<b>NOME DO PROGRAMA / PROJETO:</b> Programa de Residência Médica em (...)		
<b>NOME DO COORDENADOR DO PROGRAMA / PROJETO:</b>		
<b>E-MAIL:</b>	<b>TELEFONE:</b>	
<b>PLANO DE TRABALHO</b>		
<b>Profissionais supervisionados:</b>		
<b>NOME</b>	<b>LOCAL DE ATUAÇÃO/MUNICÍPIO</b>	<b>LINK DO CURRÍCULO LATTES</b>
1. Profissional 1		
2. Profissional 2		
3. Profissional 3		
4. Profissional 4		
5. Profissional 5		

<b>DESCRIÇÃO / ANÁLISE SITUACIONAL DO(S) CENÁRIO(S) DE PRÁTICA/ TERRITÓRIO DE SUPERVISÃO</b>
<b>OBJETIVO GERAL DO PROGRAMA / PROJETO:</b>
<b>OBJETIVOS ESPECÍFICOS DO PROGRAMA / PROJETO:</b>
<b>JUSTIFICATIVA DA PROGRAMA/PROJETO:</b>

METAS E RESULTADOS ESPERADOS					
OBJETIVO 1:					
META 1:					
ETAPAS	ESTRATÉGIAS DE AÇÃO (Atividades para o cumprimento da ação)	TIPO DE ATIVIDADE*	RESULTADOS ESPERADOS	RESPONSÁVEIS	PARCEIROS E COLABORADORES
				-	
				-	
				-	

\*Legenda: En: Ensino, P: Pesquisa, Ex: Extensão; A: Atenção à Saúde

OBS: acrescentar quantos objetivos, metas, etapas e estratégias de ação forem necessárias.

CRONOGRAMA DE ATIVIDADES							
Atividade	OUT	NOV	DEZ	JAN	FEV	MAR	ABR
1. Curso de formação de facilitadores							
2. Construção do plano de trabalho							
3. Atividades do Objetivo 1							
4 Atividades do Objetivo 2							
5 Atividades do Objetivo 3							

<b>PARECER TÉCNICO</b>		
<div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-bottom: 20px;"> <span>( ) APROVADO</span> <span>( ) APROVADO COM RESSALVAS*</span> <span>( ) REPROVADO</span> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 40%;"> Vitória, ____ / ____ / ____ </div> <div style="width: 50%; text-align: center;"> <hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; margin-bottom: 5px;"/> <b>GERÊNCIA DE INOVAÇÃO</b> </div> </div>		

<b>AUTORIZAÇÃO PARA DESENVOLVIMENTO / INSTITUTO CAPIXABA DE ENSINO, PESQUISA E INOVAÇÃO EM SAÚDE:</b>	
<div style="border-bottom: 1px solid black; width: 80%; margin: 0 auto; margin-bottom: 10px;"></div> <p style="text-align: center;">Local e Data</p>	<div style="border-bottom: 1px solid black; width: 80%; margin: 0 auto; margin-bottom: 10px;"></div> <p style="text-align: center;">Diretor Geral ICEPi</p>



**ANEXO III**

**TERMO DE ADESÃO À BOLSA DE APOIO À DIFUSÃO DE CONHECIMENTO  
PROGRAMA ESTADUAL DE BOLSAS DE ESTUDO, PESQUISA E EXTENSÃO  
TECNOLÓGICA NO SUS**

Conforme Lei Complementar Nº 909,  
de 24 de abril de 2019 e Portaria  
ICEPi/SESA nº 001/2019.

Eu, \_\_\_\_\_,  
portador (a) do CPF nº \_\_\_\_\_, RG nº \_\_\_\_\_ SSP/SP,  
vinculado ao **“PROGRAMA ESTADUAL DE RESIDÊNCIAS EM SAÚDE (MÉDICAS,  
MULTIPROFISSIONAIS E EM ÁREA PROFISSIONAL DA SAÚDE)”**, declaro estar ciente que  
participarei do Programa Estadual de Bolsas de Estudo e Pesquisa e Extensão Tecnológica no  
SUS, na função de **preceptor** do Programa de Residência

Assim sendo, comprometo-me a efetuar as atividades propostas, no período de  
vigência do Programa sob as orientações a mim devidas.

As atividades desenvolvidas serão realizadas de acordo com os objetivos propostos no  
Plano de Trabalho Individual, que estarei vinculado de forma a cumprir as exigências da Lei  
Complementar Nº 909, de 24 de abril de 2019 e Portaria ICEPi/SESA nº 001/2019.

Sabedor de que a bolsa concedida constitui doação com encargos em prol do  
desenvolvimento científico e tecnológico e considerando a necessidade de prestar contas do  
recurso público utilizado, declaro:

a) que devo cumprir integralmente as atividades previstas no Plano de Trabalho  
Individual, incluindo as atividades práticas, teóricas e à distância, aprovado e validado pelo  
Instituto Capixaba de Ensino, Pesquisa e Inovação em Saúde - ICEPi, no período de  
\_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.

b) que devo realizar pesquisa científica de relevância para a Rede Estadual de Saúde  
do Estado do Espírito Santo, apontando inovações, que aponte melhoria na resolutividade e  
humanização das ações em Saúde;

c) que caso venha publicar trabalho em evento e/ou encaminhar a periódico científico,  
devo fazer referência à condição de Bolsista do Programa Estadual de Bolsas de Estudo e  
Pesquisa e Extensão Tecnológica no SUS do Instituto Capixaba de Ensino, Pesquisa e  
Inovação em Saúde - ICEPi;

d) que em caso de não cumprimento das atividades previstas, automaticamente me  
desvinculo do Programa Estadual de Bolsas de Estudo e Pesquisa e Extensão Tecnológica no  
SUS;

E, por estarem justas e acertadas, formalizam as partes o presente TERMO DE  
ADESÃO ao Projeto de Estudo e Pesquisa de caráter socioeducativo.

Declaro, ainda, que li e aceitei integralmente os termos deste documento,  
comprometendo-me a cumpri-los fielmente, não podendo, em nenhuma hipótese, deles alegar  
desconhecimento.

Vitória-ES, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Bolsista

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Coordenador do Programa

\_\_\_\_\_  
Instituto Capixaba de Ensino, Pesquisa e Inovação em Saúde

**Informações adicionais/contato:**

## **ANEXO IV**

### **MODELO DE RELATÓRIO MENSAL DE ATIVIDADES**



GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE – SESA  
INSTITUTO CAPIXABA DE ENSINO, PESQUISA E INOVAÇÃO EM SAÚDE – ICEPi/SESA

#### **RELATÓRIO DE ATIVIDADES**

**Mês de referência:** *Mês de referência*

**Supervisor(a) do Programa de Residência (*Médica ou Multiprofissional*)  
em (*Nome do Programa*) – ICEPi/SESA**

**Nome:** *Nome completo*

**Região(ões):** *Metropolitana. (exemplo)*

**Município(s):** *Vila Velha. (exemplo)*

**Vitória - ES  
2020**

## **Sumário**

1. IDENTIFICAÇÃO .....	3
1.1 Dados de identificação do Projeto.....	3
1.2 Dados de identificação do Bolsista .....	3
2. INTRODUÇÃO .....	3
3. ATIVIDADES DESENVOLVIDAS .....	3
4. RESULTADOS .....	4
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	4
ANEXOS .....	5

## 1. IDENTIFICAÇÃO

### 1.1 Dados de identificação do Projeto:

**Nome do Projeto:** Programa de Residência (*Médica ou Multiprofissional*) em (*Nome do Programa*) desenvolvido pelo Instituto Capixaba de Ensino, Pesquisa e Inovação em Saúde - ICEPi.

**Período de atividades:** Abril a Junho/2020.

**Atividade desenvolvida:** Atuação como Supervisor nas atividades de treinamento em serviço no âmbito do Programa de Residência (*Médica ou Multiprofissional*) em (*Nome do Programa*) no desenvolvimento de suas atividades

### 1.2 Dados de identificação do Bolsista

**Nome:** *Nome completo*

**CPF:** XXX.XXX.XXX-XX

**Período de atuação:** *Mês de referência (mesmo indicado na capa)*

**Local(is) de atuação:** *Município(s) (mesmos indicados na capa)*

## 2. INTRODUÇÃO

*(Descrever o objetivo do Programa)*

*(Descrever o objetivo do Preceptor)*

*(Descrever aqui Serviços onde atua, campos de prática, contexto do cenário, residentes sob sua supervisão)*

## 3. ATIVIDADES DESENVOLVIDAS

- *Apresentar atividades desenvolvidas: descrição da atividade executada, data, local, horário, participantes, a relação da atividade com o desenvolvimento da preceptoria/supervisão, motivo do desenvolvimento, os benefícios esperados.*

#### 4. RESULTADOS

*Citar os resultados atingidos observando o Plano de Trabalho Individual – PTI e pactuação; justificativa para não ter atingido os resultados esperados; relacionar com o cronograma descrito no PTI; análise crítico-reflexiva; etc.. Pode ser utilizada a tabela abaixo para auxiliar:*

ANÁLISE DOS OBJETIVOS E METAS DO MÊS DE XXXXX DE 20XX			
OBJETIVO	META/ETAPA	SITUAÇÃO	ATIVIDADE REALIZADA/JUSTIFICATIVA
<b>OBJETIVO 1:</b> Objetivo 1 do Plano de Trabalho	Descrição da Meta/Etapa relacionada ao Objetivo 1	ALCANÇADO / PARCIALMENTE ALCANÇADO / NÃO ALCANÇADO	Descrição das atividades realizadas para atingir o Objetivo 1 do Plano de Trabalho. Justificativa para ter alcançado ou não alcançado a meta.
	(...)	(...)	(...)
	(...)	(...)	(...)
<b>OBJETIVO 2:</b> (...)	(...)	(...)	(...)
	(...)	(...)	(...)
	(...)	(...)	(...)
(...)	(...)	(...)	(...)
	(...)	(...)	(...)
	(...)	(...)	(...)
	(...)	(...)	(...)

#### 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

*São as principais ideias, encaminhamentos que ficaram, fechamento das ideias.*

GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE – SESA  
INSTITUTO CAPIXABA DE ENSINO, PESQUISA E INOVAÇÃO EM SAÚDE – ICEPi/SES

*Trata-se da recapitulação sintética dos resultados, ressaltando o alcance e as consequências de suas contribuições, bem como seu possível mérito.*

*Deve ser breve e basear-se em dados comprovados, não sendo possível incluir dados novos nem referências.*

Município, \_\_\_\_ de \_\_\_\_ de 2020.

---

*(Assinatura do Preceptor)*

#### **ANEXOS**

*Listas de presença, Folhas de Atividades (discutidas em reunião de alinhamento), Fotografias, Textos produzidos, Fluxos elaborados e validados (APENAS FLUXOS VALIDADOS).*

*NÃO anexar esboços de discussão nem atestados médicos.*

**ANEXO V**

**CRONOGRAMA DO PROCESSO SELETIVO**

<b>ETAPAS DO PROCESSO SELETIVO</b>	<b>DATA</b>
Período de inscrição	30/06/2020 a 13/07/2020
Publicação da Classificação e da primeira Convocação para envio de documentos comprobatórios	17/07/2020
Prazo para envio de documentos comprobatórios	20 a 24/07/2020
Resultado da análise de documentos comprobatórios	07/08/2020
Recurso da análise de documentos comprobatórios	10 a 12/08/2020
Resultado do Recurso da análise de documentos comprobatórios	21/08/2020
Convocação para Formalização da Adesão ao Programa de Bolsas do ICEPi	25/08/2020
Prazo para envio de documentos para Formalização da Adesão ao Programa de Bolsas do ICEPi	26/08/2020 a 02/09/2020
Início das Atividades	05/10/2020

O cronograma poderá sofrer alterações no decorrer do processo seletivo, serão publicadas no site [www.saude.es.gov.br/icepi](http://www.saude.es.gov.br/icepi)



**ANEXO VI**  
**TERMO DE ANUÊNCIA DA CHEFIA IMEDIATA**

Declaro que o profissional \_\_\_\_\_, Nº de Matrícula \_\_\_\_\_, lotado em \_\_\_\_\_ está autorizado a desenvolver as atividades de preceptoría previstas no Plano de Trabalho referente ao Programa de Residência Médica em \_\_\_\_\_, programada para acontecer no período de \_\_\_\_\_ de 20\_\_ a \_\_\_\_\_ de 20\_\_.

Caso o (a) trabalhador (a) seja aprovado (a) no processo seletivo, comprometo-me a permitir que o profissional possa desenvolver as atividades de preceptoría, de forma a cumprir com o Plano de Trabalho estabelecido pelo Programa de Residência Médica em \_\_\_\_\_.

Município, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_.

*Assinatura da chefia*

\_\_\_\_\_

Nome completo da chefia imediata

Cargo da chefia imediata

## ANEXO VII

### DECLARAÇÃO DE COMPROMISSO DE RESPONSABILIDADE E HABILIDADE

Eu,..... declaro para fins de participação no processo seletivo para preceptor(a) do Programa de Residência Médica em \_\_\_\_\_, ofertado pela SESA/ICEPi, ter comprometimento e disponibilidade para atuar e desenvolver as atividades como PRECEPTOR(A), participando da formação permanente dos preceptores, dos encontros presenciais e trabalhos a distância e dedicando o tempo estabelecido no Edital.

Declaro, ainda, possuir habilidade para utilizar computadores e internet: e-mail, fóruns e afins, e dispor de recursos de conectividade por meio de internet.

Por ser a expressão da verdade e assumindo inteira responsabilidade pelas declarações acima sob as penas da lei, firmo a presente declaração para que produza seus efeitos legais.

Município, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.

---

Assinatura do candidato

**ANEXO VIII**  
**FICHA DE CADASTRO DO BOLSISTA**

Programa/Projeto:		
Vinculado:		Função:
Data início das atividades: __/__/__		Previsão data fim das atividades: __/__/__
Nome:		
Data Nasc.:	CPF:	RG:
E-mail:		Título Eleitor:
Telefone Residencial:		Cel:
Endereço:		N.º
Complemento:	Bairro:	Cidade:
UF	CEP.:	
Escolaridade:		
<input type="checkbox"/> Graduação <input type="checkbox"/> Especialização <input type="checkbox"/> Mestrado <input type="checkbox"/> Doutorado		
Link Currículo Lattes:		
Nº Conta Bancária:		
Cód. Banco:		Nº da Agencia Bancária:
Data:	Assinatura:	
Responsável pelo cadastro:		