



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE
Rua Homero Alves, s/n, Vila do Príncipe, Caicó/RN, CEP: 59.300-000
CNPJ(MF): 12.433.830/0001-91

EDITAL DE ABERTURA Nº 01/2022 – SMS CAICÓ

A Secretária Municipal de Saúde de Caicó, no uso de suas atribuições legais, conferidas pela Portaria Municipal de Caicó nº 016/2021, de 04 de janeiro de 2021, torna público que estão abertas inscrições para o PROCESSO SELETIVO PARA CONTRATAÇÃO DE PRECEPTORES-BOLSISTAS PARA A RESIDÊNCIA EM MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE vinculada a Escola *Multicampi* de Ciências Médicas da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (EMCM/UFRN), no âmbito do município de Caicó - RN.

1 – DO OBJETO

1.1 O Processo Seletivo para o preenchimento de vagas para preceptores bolsistas do Programa de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade da EMCM/UFRN vinculadas ao município de Caicó - RN.

1.1.1 - Os candidatos aprovados neste Processo Seletivo Simplificado que não forem aprovados nas vagas vigentes, formarão cadastro de reserva, cuja convocação estará condicionada à vacância futura de vagas, por desistência, ou outras situações similares, no prazo de validade desta seleção.

1.1.2 - A utilização do cadastro reserva obedecerá, rigorosamente, a ordem de classificação final publicada no Diário Oficial do Município e no site www.caico.rn.gov.br.

2- DAS DISPOSIÇÕES PRELIMINARES

2.1 O processo de contratação de preceptores-bolsistas para a Residência em Medicina da Família e Comunidade é uma ação da Secretaria Municipal de Saúde de Caicó que visa dar suporte ao Programa de Residência em Medicina da Família e Comunidade (MFC) da Escola *Multicampi* de Ciências Médicas da UFRN.

2.2 A SMS-Caicó não se responsabilizará por qualquer informação não recebida no decorrer de qualquer atividade da seleção em decorrência de problemas nos computadores e demais equipamentos eletrônicos utilizados pelos participantes, de falhas de comunicação nos serviços de banda larga, conexões 2G/3G/4G, EDGE, WAP, TDMA, bem como de outros fatores de ordem técnica que impossibilitem a transferência de dados para nossos sistemas ou servidores de rede computacional.



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE
Rua Homero Alves, s/n, Vila do Príncipe, Caicó/RN, CEP: 59.300-000
CNPJ(MF): 12.433.830/0001-91

2.2.1 Não serão aceitos questionamentos dos participantes que alegarem divergência de horários entre a seleção da SMS de Caicó e os candidatos.

2.3 Os seguintes anexos são partes integrantes deste Edital:

Anexo I – Quantitativo de bolsas por área de atuação, carga horária, respectivos valores e vagas;

Anexo II – Das atividades a serem desenvolvidas;

Anexo III - Declaração de disponibilidade e compromisso de bolsistas;

Anexo IV – Quadro de pontuação à Análise Curricular;

Anexo V - Declaração de disponibilidade de tempo para realizar as atividades previstas para atuação no Programa de Residência Médica;

Anexo VI – Termo de Compromisso de Preceptor do Programa de Residência Médica;

Anexo VII – Termo de Outorga e Aceitação de Bolsa.

2.4 A presente seleção será utilizada para convocar participantes, em caráter temporário, sem vínculo empregatício, por ordem de classificação, para atenderem os objetivos previstos no item 1, deste Edital.

2.5 O resultado final terá validade de 30 (trinta) dias para efeito de convocação, podendo ser prorrogado 01 (uma) única vez, por igual período, a contar da data da publicação de homologação, no sítio eletrônico de www.caico.rn.gov.br ou no Diário Oficial do Município (DOM).

2.6 As bolsas que forem outorgadas devem ser pagas pelo período de até 24 (vinte e quatro) meses, podendo ser renovadas por igual período a depender da necessidade do programa de Residência de MFC.

2.7 Poderão participar da presente seleção, os interessados que atendam ao Perfil, à Formação e aos requisitos ao perfil que o participante concorreu, exigidos no Anexo I e Anexo II deste Edital, bem como a disponibilidade de carga horária conforme exigida da Declaração de Disponibilidade e Compromisso de Bolsistas, Anexo III, sob pena de desclassificação, caso não sejam comprovados.

2.8 As bolsas poderão ser canceladas a qualquer tempo caso o bolsista não cumpra as suas atividades e/ou interrompem as atividades constantes ao plano de trabalho das ações e/ou



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE
Rua Homero Alves, s/n, Vila do Príncipe, Caicó/RN, CEP: 59.300-000
CNPJ(MF): 12.433.830/0001-91

dos projetos pedagógicos dos programas e/ou não apresente postura ética e desempenho profissional satisfatório, bem como, pelo cancelamento ou pela conclusão do programa ao qual esteja vinculado, por falta de recursos financeiros.

2.9 O financiamento das bolsas está condicionado à liberação e disponibilidade financeira para esta finalidade, sendo de responsabilidade inteiramente do município de Caicó, podendo sofrer alteração na mudança durante o exercício financeiro, com discussão prévia para informes, desde que integrem o mesmo objeto.

3. DAS ATIVIDADES

3.1 As atividades dos bolsistas estão previstas no Anexo II deste Edital.

4. DA CONDIÇÃO PARA ASSUMIR AS BOLSAS

4.1 O participante selecionado para assumir a bolsa deverá atender às seguintes exigências:

- a) Ter sido aprovado nesta seleção na forma estabelecida no Edital;
- b) Ter nacionalidade brasileira ou, no caso de nacionalidade portuguesa, estar amparado pelo estatuto de igualdade entre brasileiros e portugueses, com o reconhecimento do gozo dos direitos políticos, na forma do disposto no Art. 13 do Decreto Nº 70.436 de 18 de abril de 1972;
- c) Estar quite com as obrigações eleitorais;
- d) Estar quite com as obrigações do Serviço Militar (para os participantes do sexo masculino);
- e) Possuir os requisitos de formação acadêmica (perfil, formação e requisitos) referente ao perfil que o participante concorreu, prevista no Anexo I;
- f) Ter idade mínima de 18 anos na época da outorga;
- g) Ter aptidão física e mental para o exercício das atividades previstas; e
- h) Estar devidamente inscrito em seu Conselho Regional Profissional (quando necessária comprovação).

4.1.1. Os estrangeiros permanentes no Brasil dispõem dos mesmos direitos dos brasileiros, com exceção daqueles privativos dos nacionais, conforme previsto na Constituição Federal de 1988.

4.2. O participante selecionado deverá entregar à SMS-Caicó, quando solicitado, documentos comprobatórios relacionados neste Edital, podendo, ainda, por ocasião da convocação e por interesse da SMS- Caicó, apresentar outros documentos necessários para a implantação da bolsa, sob pena de eliminação, caso o participante não os comprove no ato de outorga.



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE
Rua Homero Alves, s/n, Vila do Príncipe, Caicó/RN, CEP: 59.300-000
CNPJ(MF): 12.433.830/0001-91

5. DAS INSCRIÇÕES

5.1. A inscrição do participante implica o conhecimento e a tácita aceitação das normas e demais condições estabelecidas neste Edital, das quais não poderá alegar desconhecimento, bem como não haverá inscrição condicional ou fora de prazo estabelecido neste Edital.

5.2. A inscrição é gratuita, sendo esta, particular, intransferível e individual.

5.3. As inscrições para este Edital serão realizadas a partir de 21/03/2022 até 28/03/2022 exclusivamente pelo e-mail nepsmscaico@hotmail.com.

5.3.1. A SMS-Caicó não se responsabilizará por solicitação de inscrição não recebida em decorrência de problemas nos computadores, de falhas de comunicação, de congestionamento nas linhas de comunicação, bem como de outros fatores de ordem técnica que impossibilitem a transferência de dados.

5.4 A SMS-Caicó pode realocar os candidatos de acordo com a necessidade do programa de Residência de MFC.

5.5. No ato da inscrição, o candidato deverá anexar os seguintes documentos, de acordo com a Área de Atuação:

a) Currículo Lattes ou Curriculum Vitae atualizado, com as devidas comprovações relativas aos últimos 05 (cinco) anos (certificados, diplomas e declarações de experiência, conforme anexo IV), para todas as áreas de atuação;

5.6. Os documentos necessários para comprovar o Currículo Lattes ou Curriculum Vitae atualizado, com as devidas comprovações relativas aos últimos 05 (cinco) anos (certificados, diplomas e declarações de experiência, conforme Anexo IV) devem ser anexados ao formulário de inscrição, em anexo único.

5.7. Se o participante graduou, ou obteve seu certificado de escolaridade no exterior, este deverá ter sido validado, conforme dispõe a legislação brasileira.

5.8. A SMS - Caicó não se responsabilizará por quaisquer atos ou fatos decorrentes de informações incorretas ou incompletas fornecidas pelo participante.

5.9. O participante que fizer declaração falsa, inexata ou apresentar documentos falsos ou inexatos, terá a sua inscrição cancelada e serão declarados nulos, em qualquer época, todos os



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE
Rua Homero Alves, s/n, Vila do Príncipe, Caicó/RN, CEP: 59.300-000
CNPJ(MF): 12.433.830/0001-91

atos dela decorrentes. O pedido de inscrição é de responsabilidade exclusiva do participante, bem como a exatidão dos dados cadastrais, informados no formulário de inscrição.

5.10. É de responsabilidade do participante acompanhar todo o Cronograma de Atividades, previsto neste Edital.

5.11. O participante deverá obter o Edital desta seleção, EXCLUSIVAMENTE, no endereço eletrônico: www.caico.rn.gov.br. A SMS-Caicó não se responsabilizará por downloads do presente edital, seus aditivos, corrigendas ou qualquer documento eletrônico, realizados em outro sítio que não o indicado neste subitem (ex.: sítios de buscas e etc.).

5.12. Os servidores públicos, que atendam os requisitos exigidos neste edital, podem se candidatar desde que apresentem formação, carga horária e disponibilidade de acordo com o que a função de preceptor exige.

5.12.1 Servidores que já acumulam dois cargos ou como profissional de saúde nos dois ou como docente e profissional de saúde devem comprovar por documento a compatibilidade de horários para exercer a carga horária de preceptoria exigida no Anexo I.

6. DA AVALIAÇÃO

6.1. A avaliação do Processo Seletivo será realizada por meio de duas etapas: Análise Curricular (Anexo IV) devidamente comprovada e Entrevista.

6.2. A Análise Curricular tem caráter classificatório e eliminatório, e consistirá de análise objetiva das informações prestadas pelo participante, conforme quadro de pontuação previsto no Anexo IV.

6.3. Serão eliminados os participantes que enviarem apenas o Currículo Lattes ou Curriculum Vitae sem nenhum documento comprobatório em anexo.

6.4. Serão eliminados os participantes que enviarem a Declaração de Disponibilidade e Compromisso de Bolsista fora do padrão estabelecido no modelo apresentado, não enviarem eletronicamente, ou que enviarem a solicitação de emissão fora do prazo determinado.

6.5. A apreciação da entrevista também tem caráter classificatório e eliminatório e consistirá em análise objetiva das informações prestadas pelo participante em seu currículo, conforme quadro de pontuação previsto no Anexo IV.

6.5.1 Comporá a equipe de entrevista dois representantes da Secretaria Municipal de Saúde de Caicó e dois representantes da Escola *Multicampi* de Ciências Médicas (EMCM) da UFRN. As entrevistas serão realizadas presencialmente na EMCM/UFRN.



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE
Rua Homero Alves, s/n, Vila do Príncipe, Caicó/RN, CEP: 59.300-000
CNPJ(MF): 12.433.830/0001-91

6.6. Serão eliminados os participantes que não comparecerem à entrevista.

6.7. Cada fase terá o valor máximo de 10,0 pontos onde a primeira fase será computada o currículo do candidato e a segunda fase será realizado uma média ponderada entre os entrevistadores. Após somatório das duas fases, o resultado será dividido por 2 tendo um valor final máximo de 10,0 pontos.

6.8. Não haverá segunda chamada para realização da avaliação.

7. DA HOMOLOGAÇÃO DAS INSCRIÇÕES E DO RESULTADO PRELIMINAR

7.1. A homologação das inscrições e o resultado preliminar das etapas de avaliação serão divulgados no endereço eletrônico www.caico.rn.gov.br.

8. DOS RECURSOS.

8.1. Será admitido recurso administrativo no prazo de 24 horas após a publicação dos resultados, contados da divulgação, da homologação final das inscrições, bem como do resultado preliminar das etapas de avaliação.

8.2. O recurso deverá ser interposto, EXCLUSIVAMENTE, através do e-mail: nepsmscaico@hotmail.com.

8.3. Uma vez FINALIZADO o procedimento e CONFIRMADA a interposição de recurso, ao participante não mais será permitido formalizar recurso com relação ao mesmo objeto e nem alterar o existente.

8.4. A SMS - Caicó não se responsabilizará por recurso administrativo não recebido em decorrência de falhas ou problemas de ordem técnica dos computadores e eletrônicos, falha de comunicação, congestionamento das linhas de comunicação, falta de energia elétrica, bem como outros fatores que impossibilitem a transferência de dados.

8.5. Somente serão apreciados os recursos interpostos dentro do prazo, EXCLUSIVAMENTE, no e-mail nepsmscaico@hotmail.com, ou seja, os recursos que forem interpostos por outros meios, tais como: Ouvidoria, e-mail, fax, entre outros, não serão apreciados.

8.6. O recurso interposto fora do respectivo prazo de 24 horas após publicação de resultados não será aceito, sendo considerado intempestivo.

8.7. O recurso, quando interposto tempestivamente, terá efeito suspensivo, quanto ao objeto requerido, até que seja conhecida a decisão.

8.8. Os recursos serão examinados por uma banca avaliadora composta por 04 (quatro) membros sendo 02 (dois) da EMCM/UFRN e 02 (dois) da SMS-Caicó, que emitirá um parecer on-line, deferindo ou indeferindo as razões apresentadas pelo participante. A banca avaliadora é soberana em suas



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE
Rua Homero Alves, s/n, Vila do Príncipe, Caicó/RN, CEP: 59.300-000
CNPJ(MF): 12.433.830/0001-91

decisões e constitui última instância para recurso, razão pela qual não caberão outros recursos administrativos.

8.9 O participante, de forma individual, deverá ser claro, consistente e objetivo em seu pleito, não devendo interpor recurso coletivo ou em nome de outro participante.

8.10. Serão indeferidos os recursos:

- a) Cujo teor desrespeite a Banca Avaliadora e a SMS - Caicó;
- b) Que estejam em desacordo com as especificações contidas neste Edital;
- c) Cuja fundamentação não corresponda à Etapa recorrida;
- d) Sem fundamentação e/ou com fundamentação inconsistente, incoerentes ou intempestivos; e) Que impossibilite a leitura (ilegíveis, em outro idioma) ou compreensão;
- f) Em que o autor não tenha anexado a documentação comprobatória exigida à época do envio;
- g) Cuja fundamentação aponte para revisão integral do momento ou etapa, quando não argumentado sua necessidade.

8.11. O participante terá acesso, por meio do endereço eletrônico www.caico.rn.gov.br

9. DO RESULTADO FINAL E DA HOMOLOGAÇÃO

9.1. A classificação final obedecerá à ordem decrescente do número de pontos obtidos pelos participantes.

9.2. Após o julgamento dos recursos administrativos, serão considerados aprovados os participantes classificados, conforme o item 7 deste Edital.

9.3. Ocorrendo empate de classificação, o desempate entre os participantes ocorrerá levando-se em conta os seguintes critérios relacionados, sucessivamente:

- a) Idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos, na forma do disposto no Parágrafo único do art. 27 da Lei Federal nº10.741/03 (Estatuto do Idoso);
- b) Profissionais da rede de saúde municipal, conforme lei municipal vigente;
- c) Professores da Universidade em regime de 20 ou 40 horas, que trabalham na rede de saúde municipal;
- d) Professores da Universidade em regime de 20 ou 40 horas, que não trabalham na rede de saúde local;
- e) Tiver exercido a função de jurado (conforme o art. 440 do Código de Processo Penal).

9.4. A homologação e convocação serão feitas por ato EXCLUSIVO da SMS-Caicó.



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE
Rua Homero Alves, s/n, Vila do Príncipe, Caicó/RN, CEP: 59.300-000
CNPJ(MF): 12.433.830/0001-91

9.5. A homologação e a relação final dos aprovados neste Processo Seletivo serão publicadas no sítio eletrônico www.caico.rn.gov.br e no Diário Oficial do município (DOM).

9.6. A SMS de Caicó poderá, a seu critério, antes ou depois da homologação do resultado final da seleção, suspender, alterar ou cancelar a mesma, não assistindo, aos participantes, direito à interposição de recurso administrativo.

9.7. Não serão admitidos recursos contra o resultado final.

10. DAS CONVOCAÇÕES

10.1. Os participantes classificados serão convocados, oportunamente, para assumirem as bolsas.

10.1.1. A SMS - Caicó convocará os participantes, oportunamente, para exercerem suas atividades, por meio do e-mail informado pelo participante na ficha de inscrição. Caso o participante não seja localizado ou não retorne o contato por e-mail, no prazo máximo de 02 (dois) dias úteis, a contar da data do envio do primeiro contato da SMS - Caicó por e-mail, será considerado desistente. Portanto, outro participante, respeitando a ordem de classificação, será convocado.

10.1.2. Sem prejuízo do item 11.1.1, a SMS - Caicó divulgará a convocação dos aprovados por meio do endereço eletrônico www.caico.rn.gov.br.

10.1.3. O participante desistente terá sua classificação cancelada, ficando eliminado da seleção. 10.2. Quando convocado, os participantes deverão enviar os documentos listados abaixo para o e-mail nepsmscaico@hotmail.com:

- a) RG (frente e verso);
- b) CPF;
- c) Certidão de quitação eleitoral;
- d) Diploma de Graduação, devidamente reconhecido pelo MEC;
- e) Diploma de pós-graduação na área da Saúde, caso haja;
- f) Certificado de Residência Médica ou Especialização na área de atuação específica, caso haja;
- g) Comprovante de Conta Corrente do Banco Bradesco;
- h) Comprovante de Residência atualizado;
- i) Número do PIS/PASEP/NIT;
- j) Carteira de vacinação devidamente atualizada com as vacinas de imunização contra a Covid-19;
- k) Declaração de Disponibilidade e Compromisso do Bolsista para realizar as atividades previstas (Anexo V);
- l) Termo de Compromisso de Preceptores (Anexo VI).



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE
Rua Homero Alves, s/n, Vila do Príncipe, Caicó/RN, CEP: 59.300-000
CNPJ(MF): 12.433.830/0001-91

10.3. Caso o participante, ou o seu procurador legal, não cumpra com as exigências contidas no subitem 11.2, este estará desconvocado e será eliminado do certame.

10.4 Os candidatos aprovados devem participar das oficinas de formação e elaborar um plano de trabalho, conforme orientação da SMS - Caicó. Sendo motivo de eliminação do certame a não participação dos aprovados nesses processos pedagógicos.

10.5 A bolsa será ofertada pelo período de até 24 meses, podendo ser prorrogada por igual período.

11. DO CRONOGRAMA

ATIVIDADE	DATA
Publicação do Edital de Abertura	21/03/2022
Período para realização das inscrições (exclusivamente via e-mail)	21/03/2022 a 28/03/2022
Divulgação preliminar dos inscritos	01/04/2022
Prazo para recurso contra a não inclusão na lista preliminar dos inscritos	04/04/2022
Divulgação da confirmação final dos inscritos	06/04/2022
Divulgação do resultado preliminar da Análise Curricular	06/04/2022
Prazo para recurso da Análise Curricular	07/04/2022
Divulgação do resultado final da Análise Curricular	08/04/2022
Entrevista	11/04/2022
Resultado preliminar da Entrevista	12/04/2022
Prazo para recurso da Entrevista	13/04/2022 a 14/04/2022
Resultado final da Entrevista	15/04/2022
Resultado Final Definitivo da Seleção	15/04/2022



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE
Rua Homero Alves, s/n, Vila do Príncipe, Caicó/RN, CEP: 59.300-000
CNPJ(MF): 12.433.830/0001-91

12. DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

12.1 É de inteira responsabilidade do candidato, acompanhar a publicação de todos os comunicados referentes a este Processo Seletivo no endereço eletrônico www.caico.rn.gov.br.

12.2 A SMS - Caicó não se responsabilizará por informações que não estejam vinculadas aos sites citados e/ou eventualmente sejam prestadas por telefone ou qualquer outro meio de comunicação não oficial.

12.3 Os casos omissos serão resolvidos pela Comissão do Processo Seletivo.

12.4 O aprovado terá que atender às exigências especificadas nas atividades constantes da área de atuação, conforme o anexo II.

12.5 A falta de comprovação de qualquer um dos requisitos acarretará cancelamento da inscrição do candidato, sua eliminação no respectivo Processo Seletivo e anulação de todos os atos inerentes ao candidato praticados pela SMS - Caicó, ainda que já tenha sido publicado o edital de homologação do resultado final, sem prejuízo das sanções legais cabíveis.

12.6 Não serão fornecidos atestados, declarações, certificados ou certidões relativas à habilitação, classificação ou pontuação de candidatos, valendo, para tal fim, a publicação do resultado final e homologação no DOM e no sítio eletrônico www.caico.rn.gov.br.

12.7 A SMS - Caicó reserva-se ao direito de realizar outro processo seletivo caso os inscritos não atendam aos requisitos técnicos e pedagógicos inerentes à execução do Programa.

12.8 Dúvidas e questionamentos sobre este Edital poderão ser dirimidos por meio do e-mail nepsmscaico@hotmail.com das 8h às 12h e das 14h às 16h, em dias úteis, de segunda a sexta-feira.

Caicó, 18 de março de 2022.

EVANEIDE DA SILVA NÓBREGA
Secretária Municipal de Saúde de Caicó



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE
Rua Homero Alves, s/n, Vila do Príncipe, Caicó/RN, CEP: 59.300-000
CNPJ(MF): 12.433.830/0001-91

ANEXO I

QUANTITATIVO DE BOLSAS POR ÁREA DE ATUAÇÃO, NÍVEL DE ESCOLARIDADE, CARGA HORÁRIA, RESPECTIVOS VALORES E VAGAS

CLASSIFICAÇÃO DO BOLSISTA	CARGA HORÁRIA SEMANAL	VALOR DA BOLSA (R\$)	NÍVEL DE ESCOLARIDADE	QUANTIDADE DE VAGAS	CADASTRO RESERVA
Preceptor do Programa de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade	16 horas	R\$ 3.200,00 mensais	Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade. ou Prova de Título da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade.	01 vaga	05 vagas



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE
Rua Homero Alves, s/n, Vila do Príncipe, Caicó/RN, CEP: 59.300-000
CNPJ(MF): 12.433.830/0001-91

ANEXO II

ATRIBUIÇÕES DA PRECEPTORIA EM RESIDÊNCIA MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE

O preceptor é componente principal do modelo formador por integrar atividades didáticas e práticas em serviço. Os preceptores do Programa de Residência são Médicos de Família e Comunidade com residência médica ou com Prova de Título da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade ou médicos especialistas em áreas correlatas (Clínica Médica, Pediatria, Ginecologia e Obstetrícia e Gestão em Saúde) ou médicos com especialização *stritu sensu* nestas mesmas áreas com cursos de capacitação em preceptoria em Medicina de Família e Comunidade que possuem funções que incidem na organização e gestão das atividades práticas correspondentes à formação dos médicos residentes e pelo controle do cumprimento dos objetivos do Programa. São atribuições:

- Atividades assistenciais práticas, teórico-práticas e teóricas;
- Acompanhar, orientar e subsidiar os residentes no cumprimento de suas atividades. Além de ministrar aulas teóricas e acompanhar seminários teóricos, teórico-práticos e práticos dos residentes;
- Realizar visitas periódicas para acompanhar atividades dos residentes;
- Estar disponível para os residentes, por meio de telefone e "internet";
- Construir Contratos de Ensinagem, que devem conter objetivos de acordo com o Programa de Residência e com base no Currículo Baseado em Competências da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade;
- Utilizar instrumento de verificação de habilidades disponibilizados pela supervisão do Programa;
- Aplicar instrumentos de verificação de habilidades trimestralmente disponibilizados pela coordenação do Programa;
- Realizar feedback efetivo e outros métodos de avaliação de atitudes disponibilizados pela coordenação do Programa;
- Enviar mensalmente a frequência de visitas de preceptoria e encontros pedagógicos;
- Exercer, em conjunto com a coordenação do Programa e gestor municipal (Núcleo de Educação Permanente-Integração Ensino-Serviço-Comunidade), o acompanhamento e a avaliação da execução das atividades de ensino-serviço-comunidade, inclusive quanto ao cumprimento da carga horária mínimo de 32 (trinta e duas) horas semanais de atividades práticas prevista pelo Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade.



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE
Rua Homero Alves, s/n, Vila do Príncipe, Caicó/RN, CEP: 59.300-000
CNPJ(MF): 12.433.830/0001-91

ANEXO III

DECLARAÇÃO DE DISPONIBILIDADE E COMPROMISSO DO BOLSISTA

Eu, _____, portador/a do CPF _____, declaro que disponho da carga horária exigida para ser bolsista, para acompanhar os residentes do Programa de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade de acordo com as atividades estabelecidas pelo projeto pedagógico do programa de residência, bem como que possuo perfil que atende aos pré-requisitos estabelecidos no Edital nº 01/2022. Informo estar ciente de que estou sujeito ao cancelamento da bolsa, caso não cumpra com as atividades e cargas horárias propostas.

Local, data

Assinatura

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE
Rua Homero Alves, s/n, Vila do Príncipe, Caicó/RN, CEP: 59.300-000
CNPJ(MF): 12.433.830/0001-91

ANEXO IV

QUADRO DE PONTUAÇÃO REFERENTE À ANÁLISE CURRICULAR E ENTREVISTA

ETAPA 1: ANÁLISE CURRICULAR

FORMAÇÃO	PONTUAÇÃO MÁXIMA	PONTUAÇÃO OBTIDA
Curso de Preceptoría (2,0 ponto por curso)	10	
Curso na área de saúde com carga horária maior que 40 horas (1 ponto por curso).	10	
Cursos de Gestão em Saúde, com carga horária a partir de 40 horas (1,0 ponto por curso)	5	
Especialização lato sensu na área afim (2,0 pontos por especialização)	4	
Residência Médica na área específica	5	
Título de Especialista na área	4	
Mestrado	5	
Doutorado	7	
Sub-Total	50	
ATUAÇÃO PROFISSIONAL	PONTUAÇÃO MÁXIMA	PONTUAÇÃO OBTIDA
Tempo de serviço prestado como médico na Estratégia Saúde da Família (1,0 ponto por semestre máximo de 15 pontos).	15,00	
Tempo de serviço prestado na atenção primária à saúde em outras funções (0,5 ponto por ano máximo de 10,0 pontos).	10,00	
Tempo de serviço como preceptor na área da saúde nos serviços de saúde (0,5 ponto por semestre máximo de 10 pontos)	10,00	
Docente de curso da área da saúde (0,5 por semestre máximo de 5 pontos)	5,00	
Tempo de serviço prestado como médico assistencial em outros níveis de atenção à saúde (0,5 por semestre no máximo 5 pontos)	5,00	
Sub-Total	45	
ATIVIDADES E PROJETOS REALIZADOS	PONTUAÇÃO MÁXIMA	PONTUAÇÃO OBTIDA
Estágios Pertinentes na Área de saúde de qualquer especialidade (mínimo 80 horas) (0,5 ponto por participação)	3	
Organização de Eventos Acadêmicos (0,5 ponto por evento)	2	
Sub-Total	5	
PONTUAÇÃO FINAL	100	



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE
Rua Homero Alves, s/n, Vila do Príncipe, Caicó/RN, CEP: 59.300-000
CNPJ(MF): 12.433.830/0001-91

ETAPA 2: ENTREVISTA

CRITÉRIOS	PONTUAÇÃO MÁXIMA	PONTUAÇÃO OBTIDA
Coerência entre currículo e entrevista	15	
Conhecimento sobre Saúde Pública e Educação na Saúde	10	
Conhecimento do processo ensinar/aprender do profissional de saúde	10	
Disponibilidade para contribuir com o programa e para aprender	10	
Disponibilidade de tempo	15	
Apresenta novos enfoques para consolidação e desenvolvimento da residência	10	
Articula a trajetória para justificar a sua possível atuação	15	
Prevê participação nas atividades de gestão e academia	15	
PONTUAÇÃO FINAL	100	



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE
Rua Homero Alves, s/n, Vila do Príncipe, Caicó/RN, CEP: 59.300-000
CNPJ(MF): 12.433.830/0001-91

ANEXO V

**DECLARAÇÃO DE DISPONIBILIDADE DE TEMPO PARA REALIZAR AS ATIVIDADES PREVISTAS
PARA ATUAÇÃO NO PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MÉDICA EM MEDICINA DE FAMÍLIA E
COMUNIDADE**

Eu, _____, RG nº _____, CPF nº _____.____.____, domiciliado(a) à rua
_____, nº ____ bairro _____, CEP ____-____, na cidade de
_____ - RN, declaro para os devidos fins que tenho disponibilidade de tempo para realizar
às atividades atribuídas ao Preceptor do Programa de Residência Médica em Medicina de Família e
Comunidade.

Caicó, __ de _____ de 2022.

Assinatura do(a) candidato(a)



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE
Rua Homero Alves, s/n, Vila do Príncipe, Caicó/RN, CEP: 59.300-000
CNPJ(MF): 12.433.830/0001-91

ANEXO VI

TERMO DE COMPROMISSO DE PRECEPTOR DO PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MÉDICA

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO E CADASTRO

NOME COMPLETO: _____
EMAIL: _____ CELULAR: _____ CPF: _____
CARGA HORÁRIA SEMANAL: _____

01. Eu, _____, CPF nº _____, DECLARO estar ciente do termo de compromisso celebrado entre mim e o Programa de Residência, que me assegura o direito de realizar a preceptoria, dentro das normas e disposições legais da Comissão Nacional de Residência Médica e da Secretaria Municipal de Saúde de Caicó, a cujo cumprimento se obriga.
02. O presente termo terá duração enquanto houver meu desempenho na função de preceptoria no Programa de Residência ou terminar o prazo do contrato de bolsa ou deixar de atender as necessidades do Programa a partir de uma avaliação da coordenação do referido programa junto ao representante do NEP-IESC de Caicó.
03. Assumo a responsabilidade de supervisionar atividades realizadas pelos residentes nos serviços de saúde, realizar atividades teóricas e as demais atribuições, conforme disposto no Regulamento Interno e no Projeto Político Pedagógico do Programa.
04. Assumo ciência de que devo monitorar diariamente a frequência do (s) residente (s) sob minha responsabilidade e cumprir as demais orientações estabelecidas para registro de frequência dispostas no Regulamento Interno e pela Coordenação do Programa e/ou da COREME EMCM/UFRN junto ao representante do NEP-IESC de Caicó.
05. Assumo a responsabilidade de comunicar à chefia imediata do serviço onde realizo a preceptoria, à coordenação do Programa e ao NEP-IESC situações de afastamento do residente por doença, gestação, reclamações, advertências ou qualquer outro motivo e quando identificado abandono pelo residente em até 48 horas após tomar ciência.
06. Assumo a responsabilidade de comunicar à chefia imediata à coordenação do Programa e ao NEP-IESC de Caicó, em até 48 horas, caso deixe de desempenhar a função de preceptoria ou quaisquer situações que me impossibilite de receber a bolsa de preceptoria.
07. Além do contido neste termo, tenho ciência de que estou adstrito às demais disposições normativas legais e regulamentares que disciplinam os Programas de Residência Médica.
08. Reconheço e aceito que os casos omissos serão resolvidos pela COREME da EMCM/UFRN junto ao NEP-IESC de Caicó.

Estando de acordo com o termo.

Caicó, ____ / ____ / ____

Assinatura do Preceptor



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE
Rua Homero Alves, s/n, Vila do Príncipe, Caicó/RN, CEP: 59.300-000
CNPJ(MF): 12.433.830/0001-91

ANEXO VII

MODELO DE TERMO DE OUTORGA E ACEITAÇÃO DE BOLSA
TERMO DE OUTORGA E ACEITAÇÃO DE BOLSA N.º _____/2022

Processo Administrativo n.º _____

TERMO DE OUTORGA E ACEITAÇÃO DE BOLSA QUE ENTRE SI
CELEBRAM A SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAICÓ E O
BOLSISTA (**NOME**) PARA AS ATIVIDADES DE PRECEPTORIA DO
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MÉDICA EM MEDICINA DE FAMÍLIA E
COMUNIDADE DA EMCM/UFRN.

A **PREFEITURA MUNICIPAL DE CAICÓ**, por meio da **SECRETARIA MUNICIPAL DE**, órgão da Administração Direta do Governo do Estado da Paraíba, doravante denominada simplesmente “**SMS**”, CNPJ/MF n.º 12.433.830/0001-91, neste ato representado por sua Secretária, _____, brasileira, inscrito no CPF sob o n.º _____, doravante designado apenas **OUTORGANTE**, nos termos do art. _____, parágrafo _____, inciso IV da Constituição Estadual da Paraíba combinado com o artigo 6º, *caput*, o artigo 110, §1º e o artigo 111, parágrafo único, todos do ANEXO VIII da Lei Estadual n.º 11.830 de 05 de janeiro de 2021, a _____ (**NOME**), brasileiro, portador do R.G. n.º _____, inscrito no CPF sob o n.º _____, residente à Rua _____, n.º _____, apartamento __, bloco __, _____ (bairro), _____ (cidade), _____ (Estado), CEP: _____, adiante denominado (a) simplesmente **BOLSISTA**, selecionado em Processo Seletivo Simplificado – Edital n.º 01/2022, acordam em firmar o presente **Termo de Outorga e Aceitação de Bolsa**, sujeitando-se as partes às cláusulas e às condições descritas a seguir, que passam a ser parte integrante deste Termo.

CLÁUSULA PRIMEIRA – Fica concedida bolsa pela **OUTORGANTE** ao (à) **BOLSISTA**, caracterizada como verba com natureza jurídica de doação civil, de caráter não salarial, recebida exclusivamente visando apoiar as atividades de ensino, pesquisa, desenvolvimento tecnológico e extensão desenvolvidas em programas, projetos e cursos prioritários para o Sistema Único de Saúde, em razão de sua aprovação e sua convocação, por meio do Processo Seletivo Simplificado – Edital n.º 01/2022, para a execução de atividades do PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MÉDICA EM MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE (PRMMFC) DA EMCM/UFRN.

Parágrafo Único. A bolsa a que se refere o *caput* desta cláusula não gera vínculo empregatício da **OUTORGANTE** com o (a) **BOLSISTA**, não configura contraprestação de serviços, nem objetiva pagamento de salário, e os resultados dessas atividades não representam vantagens para a **EMCM/UFRN** e a **OUTORGANTE**, não se estendendo ao (à) **BOLSISTA**, por esta razão, benefícios exclusivos dos servidores da **OUTORGANTE**.



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE
Rua Homero Alves, s/n, Vila do Príncipe, Caicó/RN, CEP: 59.300-000
CNPJ(MF): 12.433.830/0001-91

CLÁUSULA SEGUNDA - O PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MÉDICA EM MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE trata-se de modalidade de ensino de pós-graduação, destinada aos médicos, sob a forma de cursos de especialização, caracterizada como treinamento em serviço, funcionando sob a responsabilidade da **OUTORGANTE** e da **EMCM/UFRN**, e devidamente credenciada pela Comissão Nacional de Residência Médica - CNRM, sob a orientação de profissionais da área de elevada qualificação ética e profissional, como o (a) **BOLSISTA** deste Termo de Outorga e Aceitação de Bolsa.

CLÁUSULA TERCEIRA - O(A) **BOLSISTA** exercerá as atividades de Preceptor(a) do PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MÉDICA EM MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE, respeitando a carga horária de 16 (dezesesseis) horas semanais, na forma estabelecida no edital.

CLÁUSULA QUARTA - O valor da bolsa é de R\$ 3.200, 00 (três mil e duzentos reais) por mês, não incidindo descontos.

Parágrafo Único. O pagamento da bolsa está condicionado à liberação e à disponibilidade financeira para esta finalidade, podendo sofrer alteração na mudança ou durante o exercício financeiro.

CLÁUSULA QUINTA - A bolsa será concedida pelo período de até 24 (vinte e quatro) meses, mediante disponibilidade financeira e orçamentária, contados a partir da data da assinatura deste Termo de Outorga e Aceitação de Bolsa, podendo ser renovadas por meio de processo de avaliação das atividades de ensino, pesquisa, desenvolvimento tecnológico ou extensão relacionadas ao programa, projeto ou curso do qual for partícipe, a depender da necessidade da instituição, a serem decididas pela **OUTORGANTE** juntamente com a **EMCM/UFRN**.

CLÁUSULA SEXTA - O(A) **BOLSISTA** deverá cumprir suas atividades nos locais indicados pela **OUTORGANTE**, por meio da **INTERVENIENTE**, de forma presencial, de acordo com a sua carga horária, em conformidade com as atividades indicadas na cláusula sétima e a necessidade e capacitação do serviço, cumprindo as pactuações estipuladas no Plano de Trabalho.

CLÁUSULA SÉTIMA - Compete ao (à) **BOLSISTA** como Preceptor (a):

I - realizar a preceptoria, dentro das normas e disposições legais da Comissão Nacional de Residência Médica, a cujo cumprimento se obriga;

II - supervisionar atividades realizadas pelos residentes nos serviços de saúde, realizar atividades teóricas e as demais atribuições, conforme disposto no Regulamento Interno e no Projeto Político Pedagógico do Programa;

III - monitorar diariamente a frequência do(s) residente(s) sob sua responsabilidade e cumprir as demais orientações estabelecidas para registro de frequência dispostas no Regulamento Interno e pela Supervisão do Programa e/ou Comissão de Residência Médica da EMCM/UFRN (COREME);

IV - comunicar à chefia imediata do serviço onde realiza a preceptoria, à supervisão do Programa e ao NEP-IESC situações de afastamento do residente por doença, gestação, reclamações, advertências ou qualquer outro motivo, e quando identificado, declarar o abandono pelo residente, em até 48 horas após tomar ciência;

**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE**

Rua Homero Alves, s/n, Vila do Príncipe, Caicó/RN, CEP: 59.300-000
CNPJ(MF): 12.433.830/0001-91

V - comunicar à chefia imediata, à supervisão do Programa e ao NEP-IESC de Caicó, em até 48 horas, a intenção de deixar de desempenhar a função de preceptoria ou quaisquer situações que o impossibilitem de receber a bolsa de preceptoria;

VI - estar ciente de que suas atividades estão adstritas às demais disposições normativas legais e regulamentares que disciplinam os Programas de Residência;

VII - Apresentar relatório mensal, preenchido de acordo com a metodologia e ferramenta indicada pela coordenação do Programa de residência da EMCM.

VIII - Apresentar relatório final, conforme modelo constante do ANEXO ÚNICO deste Termo, ao término da vigência da bolsa.

Parágrafo Único. Caberá ainda ao (à) **BOLSISTA**:

b) - Atividades assistenciais práticas, teórico-práticas e teóricas:

b.1.) Acompanhar, orientar e subsidiar os residentes no cumprimento de suas atividades;

b.2.) Ministras aulas teóricas e acompanhar seminários teóricos, teórico-práticos e práticos dos residentes.

b.3.) Trabalhar em consonância com o Núcleo de Residências em Saúde;

b.4.) Acompanhar, apoiar e auxiliar na educação permanente dos preceptores;

b.5.) Constituir o corpo de docentes, tutores e preceptores, submetendo-os à aprovação pelas comissões;

CLÁUSULA OITAVA - A bolsa poderá ser cancelada a qualquer tempo se:

I - O(A) **BOLSISTA** não cumprir as suas atividades;

II - O(A) **BOLSISTA** interromper as atividades constantes nos planos de trabalho das ações e dos projetos;

III - O(A) **BOLSISTA** não apresentar postura ética;

IV - O(A) **BOLSISTA** não manter bom rendimento, o qual será monitorado por meio de processo de avaliação das atividades de ensino, pesquisa, desenvolvimento tecnológico ou extensão relacionado ao programa, projeto ou curso do qual for participante;

V - Pelo cancelamento ou pela conclusão do programa, projeto ou curso ao qual esteja vinculado, por falta de recursos financeiros e de acordo com o interesse e a conveniência da **OUTORGANTE** e em comum acordo com a EMCM/UFRN;

VI - A pedido do(a) **BOLSISTA**, que deve comunicar com antecedência de 30 (trinta) dias o seu desligamento.

VII - A pedido do **OUTORGANTE** pelo não cumprimento de carga horária a ser registrada em ponto.

Parágrafo Único. Nos casos descritos nos incisos I, II, III e IV, poder-se-á concluir pelo desligamento do bolsista do programa, do projeto ou do curso, resguardado o seu direito à ampla defesa e ao contraditório, a ser exercido mediante a apresentação de recurso escrito, no período de 5 (cinco) dias úteis a contar do recebimento da decisão punitiva.

CLÁUSULA NONA - O usufruto da bolsa pelo período de vigência estabelecido no momento da concessão não constitui um direito do(a) **BOLSISTA**. Em quaisquer circunstâncias, prevalecerá a



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE
Rua Homero Alves, s/n, Vila do Príncipe, Caicó/RN, CEP: 59.300-000
CNPJ(MF): 12.433.830/0001-91

duração definida pela **OUTORGANTE**, com base na natureza do projeto em questão e no andamento de sua execução, como evidenciado no monitoramento executado pela supervisão do Programa de Residência em MFC juntamente com o NEP-IESC.

Parágrafo Único. Quaisquer alterações no que foi estabelecido neste Termo de Outorga e Aceitação de Bolsa só poderão ser implementadas mediante autorização expressa da **OUTORGANTE** juntamente com a coordenação do **PRMMFC**, formalizada por meio de Termo Aditivo a este Termo de Outorga.

CLÁUSULA DÉCIMA - Os casos omissos serão resolvidos de comum acordo entre as partes, ficando eleito o Foro da Comarca de Caicó, Estado da Rio Grande do Norte, para dirimir quaisquer dúvidas ou litígio decorrente do presente Contrato.

E, por estarem assim de pleno acordo, firmam o presente instrumento em 3 (três) vias, de igual teor e forma, na presença de duas testemunhas, abaixo relacionadas, para que surta os determinados fins e efeitos legais.

Caicó, ____ de _____ de 2022.

EVANEIDE DA SILVA NÓBREGA
SECRETÁRIA MUNICIPAL DE SAÚDE
OUTORGANTE

NOME DO BOLSISTA

Testemunhas:

1 - _____

(Nome por extenso)

CPF: _____

Assinatura: _____

2 - _____

(Nome por extenso)

CPF: _____

Assinatura: _____



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE
Rua Homero Alves, s/n, Vila do Príncipe, Caicó/RN, CEP: 59.300-000
CNPJ(MF): 12.433.830/0001-91

ANEXO ÚNICO AO TERMO DE OUTORGA E ACEITAÇÃO DE BOLSA
(Cláusula 7ª, inciso VIII)

RELATÓRIO FINAL DE ATIVIDADES DE BOLSISTA
(Inserir nome do bolsista)

1. INTRODUÇÃO

Inserir no texto informações sobre:

- O Programa/Projeto
- Qual a sua importância;
- O bolsista no contexto da formação em saúde;

2. OBJETIVO

Inserir os objetivos do Programa/Projeto relativos a atuação do bolsista.

3. ATIVIDADES REALIZADAS

Inserir atividades realizadas pelo bolsista durante o período da bolsa:

- Atividades prevista para o programa;
- Atividades realizadas pelo bolsista;
- Metas alcançadas;
- Quantidade de residentes envolvidos nas atividades;
- Processo de formação para preceptores: sua participação, como foi a experiência.

As atividades podem ser descritas de acordo com os meses de realização;

Por fim, informar como essas atividades contribuíram para o desenvolvimento do programa/projeto e apontar se os objetivos foram alcançados.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Inserir texto com as considerações finais sobre o programa de residência e suas atividades enquanto bolsista.

Caicó, (inserir a data).

(assinatura do bolsista)
[Inserir nome do bolsista]