

**PROCESSO SELETIVO Nº 01 DE 09 DE JUNHO DE 2025**

**PROCESSO SELETIVO DE ALUNOS**

**CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO DE PRECEPTORIA EM ÁREA PROFISSIONAL DA SAÚDE**

A Associação Hospitalar Moinhos de Vento (AHMV), entidade privada, sem fins lucrativos, inscrita no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica do Ministério da Fazenda sob o nº 92.685.833/0001-51, com sede à Rua Ramiro Barcelos, 910 – Floresta – CEP: 90.035-001 – Porto Alegre/RS, em parceria com o Ministério da Saúde (MS), por meio do Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (PROADI-SUS), torna pública e nos termos do presente edital, a realização de processo seletivo para preceptores, tutores e demais profissionais da área da saúde que atuam nos espaços de formação dos programas de residência em área profissional da saúde (uni e multiprofissional), para adesão ao “**Curso de Especialização de Preceptoría em Área Profissional da Saúde**”.

**1. DO OBJETIVO**

1.1. Qualificar preceptores, tutores e demais profissionais da área da saúde que atuam nos espaços de formação dos programas de residência em área profissional da saúde (uni e/ou multiprofissional) para o exercício da preceptoría, por meio da oferta do **Curso de Especialização de Preceptoría em Área Profissional da Saúde, na modalidade Educação a Distância (EAD)**.

**2. DO OBJETO**

2.2. Este Processo Seletivo tem por objeto a seleção de preceptores, tutores e demais profissionais da área da saúde que estejam no exercício de suas respectivas atividades nos espaços de formação dos programas de residência em área profissional da saúde uni e/ou multiprofissional (Biomedicina, Ciências Biológicas/Biologia, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Física Médica, Fonoaudiologia, Medicina Veterinária, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Saúde Coletiva, Serviço Social, Terapia Ocupacional), para a qualificação profissional por meio do Curso de Especialização de Preceptoría em Área Profissional da Saúde.

**3. DA OFERTA EDUCACIONAL**

3.1. O Curso de Especialização de Preceptoría em Área Profissional da Saúde é composto por 3 (três) módulos: Módulo 1 – Competências em Preceptoría e Ferramentas de Aprendizagem; Módulo 2 – Planejamento de Ação Pedagógica na Preceptoría; e Módulo 3 – Gestão de Programa de Residência na Área da Saúde e a Organização do Serviço para o Ensino, conforme **ANEXO I**. Este curso tem carga horária de 360 (trezentos e sessenta) horas e deverá ser concluído conforme cronograma do curso.

3.2. O conteúdo, a distribuição da carga horária, o cronograma, o monitoramento e a avaliação das atividades do curso, serão definidos pela AHMV, observadas as diretrizes legais do Sistema Único de Saúde (SUS).

3.2.1. Dentre as atividades avaliativas, será exigido, para fins de certificação na especialização, a elaboração e a entrega de 3 (três) produtos no decorrer do curso.

3.2.2. Não haverá cobrança de taxa de inscrição ou matrícula para a realização do curso.

#### 4. DA OFERTA DE VAGAS

4.1. Serão ofertadas 800 (oitocentas) vagas para a realização do curso, observados os critérios de classificação e seleção descritos no item 6 e cronograma (**ANEXO II**) deste edital.

4.2. Em conformidade com a Portaria GM/MS nº 5.801, de 28 de novembro de 2024, serão destinadas vagas às ações afirmativas, assim distribuídas: 30% do total de vagas serão destinadas a pessoas autodeclaradas negras; 5% pessoas indígenas; 5% pessoas quilombolas; 10% pessoas com deficiência; e 5% pessoas trans.

4.2.1. O(a) candidato(a) que optar pela vaga reservada à pessoa autodeclarada negra deverá anexar a autodeclaração no ato da inscrição (**ANEXO III**), podendo esta ser verificada pela banca de heteroidentificação.

4.2.2. O(a) candidato(a) que optar pela vaga reservada à pessoa com deficiência deverá anexar, no ato da inscrição, o laudo médico (original ou cópia autenticada) informando o tipo de deficiência, que consta, expressamente, o grau ou nível da deficiência ou do suporte necessário, com expressa referência ao código correspondente da Classificação Internacional de Doença (CID), acompanhado de exames complementares relacionados à deficiência, caso necessário, com data de emissão máxima de 6 (seis) meses anteriores à publicação deste edital (**ANEXO IV**).

4.2.3. O(a) candidato(a) que optar pela vaga reservada à pessoa autodeclarada indígena, deverá anexar, no ato da inscrição, cópia do Registro Administrativo de Nascimento e Óbito de Índios - RANI ou declaração de pertencimento emitida pelo grupo indígena assinada por liderança local (**ANEXO V**).

4.2.4. O(a) candidato(a) que optar pela vaga reservada à pessoa autodeclarada quilombola, deverá anexar, no ato da inscrição, cópia da declaração de pertencimento emitida e assinada por liderança ou associação local, ou certificado de reconhecimento do território de pertencimento emitido pela Fundação Cultural Palmares - FCP, nos casos em que houver (**ANEXO VI**).

4.2.5. O(a) candidato(a) que optar pela vaga reservada à pessoa autodeclarada trans, deverá anexar, no ato da inscrição, cópia da autodeclaração, conforme **ANEXO VII**.

4.3 As vagas das ações afirmativas serão preenchidas de acordo com a classificação final geral do conjunto de optantes de cada categoria. As vagas reservadas para as ações afirmativas que não forem preenchidas em razão do não atendimento aos critérios estabelecidos, nulidade da inscrição, reprovação na seleção ou por outros motivos administrativos ou legais, serão destinadas para ampla concorrência.

4.3.1. As pessoas autodeclaradas participarão do processo seletivo em igualdade de condições com os demais concorrentes no que se refere a conteúdo, critérios admissibilidade e classificação, análise documental, duração e prazos do processo seletivo, como local, data e horário da respectiva realização.

4.3.2. O(a) candidato(a) que não declarar sua condição, por ocasião do prazo definido, não poderá, posteriormente, interpor recurso em favor da sua situação.

4.3.3. A submissão do documento comprobatório digitalizado é de responsabilidade exclusiva do(a) candidato(a), devendo este(a) assegurar a legibilidade do arquivo após a digitalização. Documentos que, após digitalizados, não estejam legíveis, assim como aqueles com rasuras e/ou quaisquer danos que comprometam a leitura, deixem dúvidas quanto à veracidade das informações ou não contenham a identificação do participante, serão desconsiderados.

4.4. O(a) candidato(a) que optar por concorrer às vagas destinadas às ações afirmativas e tiver seu pedido indeferido permanecerá no certame, concorrendo unicamente às vagas de ampla concorrência, sem necessidade de nova inscrição e sem prejuízo à sua participação no processo seletivo.

4.5. O(a) candidato(a) que tiver sua solicitação de inscrição às vagas reservadas deferida concorrerá tanto às

vagas de ampla concorrência quanto às vagas reservadas às ações afirmativas às quais se candidatou.

## 5. DOS CRITÉRIOS DE ADMISSIBILIDADE

5.1. Para participar do processo seletivo, o candidato deverá atender a pelo menos um dos requisitos a seguir:

- a) Atuar como **preceptor(a)** de Programa de Residência em Área Profissional da Saúde (uni e/ou multiprofissional) de instituições credenciadas pela Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS), cuja natureza jurídica seja pública ou privada sem fins lucrativos;
- b) Atuar como **tutor(a)** de Programa de Residência em Área Profissional da Saúde (uni e/ou multiprofissional) de instituições credenciadas pela Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS), cuja natureza jurídica seja pública ou privada sem fins lucrativos;
- c) Ser **profissional de saúde**, que não exerce a função de preceptor(a) ou tutor(a), mas atua em ambiente de prática e aprendizagem de Programa de Residência em Área Profissional da Saúde (uni e/ou multiprofissional) de instituições credenciadas pela Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS), cuja natureza jurídica seja pública ou privada sem fins lucrativos.
- d) Ser **profissional de saúde** que irá atuar como preceptor ou tutor vinculado a órgãos ou instituições que tenham aderido ao Edital SGTES/MS nº 1, de 12 de maio de 2025.

## 6. DA INSCRIÇÃO

6.1. A adesão do candidato implica no conhecimento e na aceitação tácita das condições estabelecidas neste edital.

6.2. O período de inscrição iniciará no dia 11 de junho de 2025 e terminará no dia 30 de junho de 2025, conforme cronograma constante do **ANEXO II**.

6.3. Não serão aceitas inscrições realizadas fora do prazo estipulado no cronograma (**ANEXO II**) do presente edital.

6.4. A inscrição deverá ser realizada exclusivamente por meio de formulário eletrônico, disponível no Sistema de Seleção do endereço: <https://editais.hmv.org.br/>

6.5. Não serão aceitas inscrições via postal, fax, e-mail ou outro meio que não seja a plataforma indicada para esse fim e mencionada no item 5.4 do presente edital.

6.6. Ao preencher o formulário eletrônico, os candidatos deverão anexar em local especialmente destinado para esse fim, os seguintes documentos digitalizados, de forma legível, em formato PDF (com tamanho máximo de 10 MB por arquivo):

- a) Carteira de Identidade Profissional, exceto para os profissionais com formação nas áreas de Física Médica e Saúde Coletiva; ou Carteira de Identidade válida em todo o território nacional, na ausência da Carteira de Identidade Profissional da respectiva categoria;
- b) Cadastro de Pessoa Física (CPF), quando não constante na Carteira de Identidade;
- c) Declaração comprobatória de exercício na função de preceptoria, tutoria ou demais atividades profissionais da área da saúde nos espaços de formação dos programas de residência em área profissional da saúde (uni e/ou multiprofissional) conforme **ANEXOS VIII e IX**, datada e assinada pelo

coordenador da COREMU da Instituição na qual o profissional está vinculado;

- d) Declaração de profissional da saúde vinculado à órgão ou instituição que tenha aderido ao Edital SGTES/MS nº 1, de 12 de maio de 2025, conforme **ANEXO X** (quando aplicável);
- e) Cópia do certificado de conclusão da residência em área profissional da saúde (quando aplicável).

6.7. As informações apresentadas pelo candidato serão de sua inteira responsabilidade, bem como o preenchimento correto do formulário de inscrição, reservando-se à AHMV, o direito de excluir da seleção aquele que não preencher o formulário de inscrição de forma completa, correta, legível e/ou fornecer dados comprovadamente inverídicos, bem como submeter documentos incompletos, desatualizados, ilegíveis, arquivos corrompidos ou diferentes dos solicitados.

6.8. O **ANEXO II**, deste edital, apresenta o cronograma, e eventuais alterações, serão disponibilizadas através do link: <https://editais.hmv.org.br/>.

6.9. A AHMV não se responsabiliza por inscrições não realizadas ou não recebidas por motivos de ordem técnica que impossibilitem o candidato de acessar o endereço eletrônico destinado à realização das inscrições, falha de comunicação, congestionamento das linhas de comunicação e de falha na transmissão de dados, ou outros eventos que impossibilitem a inscrição do candidato no prazo estabelecido neste edital.

6.10. Serão analisados apenas os formulários de inscrição devidamente preenchidos, com toda a documentação solicitada e anexada conforme item 5.6.

## **7. DOS CRITÉRIOS DE CLASSIFICAÇÃO E SELEÇÃO**

7.1. O processo de seleção será conduzido pela AHMV.

7.2. A seleção e classificação dos(as) candidatos(as) será realizada por meio da análise e pontuação em três categorias, conforme descritas a seguir. A pontuação final de cada candidato(a) será calculada pelo somatório dos pontos obtidos em todas as categorias, sendo esta a base para a ordem de classificação:

### **7.2.1 Categoria 1 - Perfil do participante:**

- a) Ser profissional de saúde que irá atuar como preceptor ou tutor em serviços de saúde vinculados a órgãos ou instituições que tenham aderido ao Edital SGTES/MS Nº 1 de 12 de maio de 2025 - **80 pontos**;
- b) Atuar como preceptor(a) - **60 pontos**;
- c) Atuar como tutor(a) - **40 pontos**;
- d) Ser profissional de saúde, que não exerce a função de preceptor(a) e/ou tutor(a), mas atua em ambiente de prática e aprendizagem de Programas de Residência em Área Profissional da Saúde - **20 pontos**;
- e) Ser egresso de programa de residência em área profissional da saúde (uni ou multiprofissional) - **10 pontos**

### **7.2.2. Categoria 2 – Atuação profissional:**

- a) Estar vinculado(a) à Programa de Residência em Área Profissional da Saúde de Escola do SUS - **20 pontos**;
- b) Estar vinculado(a) à Programa de Residência em Área Profissional da Saúde ou ambiente de prática e aprendizagem da região da Amazônia Legal - **20 pontos**;

### 7.2.3 Categoria 3 - Área de concentração do programa:

- a) Atuar em Programas de Residência em Área Profissional de Saúde ou ambiente de prática e aprendizagem de áreas de concentração estratégicas para o SUS - pontuação conforme tabela abaixo:

Áreas de Concentração Estratégicas Residência em Área Profissional da Saúde	Pontuação
Enfermagem Obstétrica	100
Atenção à Saúde da Mulher	100
Neonatologia	100
Atenção ao Câncer	100
Física Médica	100
Patologia Bucal	100
Reabilitação Física	70
Saúde Mental	70
Saúde Indígena	70
População do Campo, da Floresta e das Águas	70
Outras áreas de concentração	40

7.3. Serão classificados até 1600 candidatos, dos quais serão selecionados os 800 primeiros colocados que atenderem aos requisitos estabelecidos nos itens 4 e 5 deste edital, conforme o número de vagas ofertadas.

7.3.1. As vagas das ações afirmativas serão oferecidas com base no total de vagas ofertadas, conforme a Portaria GM/MS Nº 5.801, de 28 de novembro de 2024, que institui o Programa de Ações Afirmativas do Ministério da Saúde, ficando estabelecida a seguinte distribuição de vagas:

- 30% (trinta por cento) das vagas para pessoas autodeclaradas negras - 240 vagas;
- 5% (cinco por cento) das vagas para pessoas indígenas - 40 vagas;
- 5% (cinco por cento) das vagas para pessoas quilombolas - 40 vagas;
- 10% (dez por cento) das vagas para pessoas com deficiência - 80 vagas;
- 5% (cinco por cento) das vagas para pessoas trans - 40 vagas.

## 8. DOS CRITÉRIOS DE DESEMPATE

8.1. Caso o número de candidatos selecionados, após classificação conforme os critérios estabelecidos no item 6 deste Processo Seletivo, supere o quantitativo de vagas previstas no item 4.1, será considerado critério de desempate a maior idade do candidato, considerando o dia, mês e ano de nascimento.

## 9. DO RESULTADO

9.1. O resultado preliminar e final dos candidatos selecionados será publicado no endereço eletrônico: <https://editais.hmv.org.br/>, conforme cronograma previsto no **ANEXO II**.

## 10. DOS RECURSOS

10.1. Somente serão admitidos recursos, devidamente fundamentados, com clareza, concisão e objetividade, quanto ao resultado preliminar, informando as razões pelas quais discorda do resultado, com indicativo dos itens do edital que entenda que tenham sido descumpridos.

10.2. Os recursos deverão ser interpostos no prazo previsto no **ANEXO II** deste edital e enviados para o e-mail

[processoseletivo.cpp@hmv.org.br](mailto:processoseletivo.cpp@hmv.org.br), conforme instruções constantes no **ANEXO XI**.

10.3. Serão indeferidos pela AHMV os recursos que forem enviados fora do prazo estabelecido, preenchidos de forma incorreta, incompleta, em branco, sem fundamentação ou sem a devida indicação do item deste edital ao qual se referem, assim como aqueles encaminhados por meio diverso do previsto neste Processo Seletivo.

10.4. Será admitido apenas um único recurso por candidato.

10.5. O resultado final, após a análise dos recursos, será divulgado no endereço eletrônico: <https://editais.hmv.org.br/>, conforme cronograma previsto no **ANEXO II**.

10.6. A AHMV não se responsabiliza por recursos não recebidos por motivos de ordem técnica dos computadores, falha de comunicação, congestionamento das linhas de comunicação e de transmissão de dados, falta de energia elétrica, ou outros eventos que impossibilitem a interposição do recurso no prazo estabelecido neste Processo Seletivo.

10.7. Não caberá recursos quanto ao resultado final do processo seletivo.

## **11. DA MATRÍCULA**

11.1. Para a realização da matrícula na Instituição de Ensino, os candidatos selecionados deverão submeter, no respectivo período da matrícula, no Sistema de Matrícula online da Instituição de Ensino, cópia digitalizada, em formato PDF, dos seguintes documentos:

- a) Cópia autenticada do diploma de graduação (frente e verso) – se estrangeiro, diploma de graduação expedido por universidades estrangeiras revalidados por universidades públicas brasileiras que tenham curso do mesmo nível e área ou equivalente, respeitando os acordos internacionais de reciprocidade ou equiparação;
- b) Documento oficial de identidade – se estrangeiro, cópia do passaporte/visto de permanência no país ou RNE;
- c) Cadastro de Pessoa Física (CPF), quando não constante na Carteira de Identidade;
- d) Termo de Compromisso, conforme modelo constante no **ANEXO XII**.

## **12. DAS RESPONSABILIDADES**

12.1. À AHMV cabem as seguintes responsabilidades:

- a) Viabilizar a oferta do curso de Especialização de Preceptoria em Área Profissional da Saúde;
- b) Fazer uso das informações ou fornecê-las ao Ministério da Saúde, quando necessário, garantindo sigilo aos dados pessoais, conforme previsto na Lei nº 13.709, de 14 de agosto de 2018, (Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais).

12.2. Ao profissional selecionado cabem as seguintes responsabilidades:

- a) Cumprir o estabelecido neste Processo Seletivo, garantida a veracidade das informações prestadas;
- b) Acompanhar o cronograma disposto no **ANEXO II** deste Processo Seletivo e suas eventuais alterações;
- c) Fornecer, a qualquer momento, dados e informações solicitadas pelo Ministério da Saúde ou pela instituição responsável pelo curso, para fins de monitoramento e avaliação das atividades no curso de Especialização de Preceptoria em Área Profissional da Saúde, bem como para eventuais

publicações de pesquisas de cunho científico;

d) Participar de inquéritos elaborados pela AHMV e pelo Ministério da Saúde.

### 13. DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

13.1. Para todos os efeitos deste Processo Seletivo, deverá ser considerado o **horário oficial de Brasília/DF**, podendo os prazos serem alterados ou prorrogados a critério da AHMV, com respectiva divulgação no endereço eletrônico: <https://editais.hmv.org.br/>.

13.2. Este edital poderá ser alterado ou cancelado por decisão da AHMV e/ou do Ministério da Saúde, não cabendo recurso de qualquer natureza.

13.3. O não cumprimento de qualquer dispositivo deste edital poderá acarretar na inabilitação do candidato.

13.4. Cabe à AHMV a resolução de casos omissos e situações não previstas neste edital, bem como às adequações necessárias à observância no disposto neste Processo Seletivo.

13.5. Em caso de dúvidas, o(a) candidato(a) poderá entrar em contato pelo endereço eletrônico: [adm.preceptoriamulti@hmv.org.br](mailto:adm.preceptoriamulti@hmv.org.br).

admilson.reis@hmv.org.br

Assinado



ADMILSON REIS DA SILVA

**Admilson Reis da Silva**

Superintendente de Responsabilidade Social e Gestão de Riscos  
Associação Hospitalar Moinhos de Vento

Porto Alegre, 27 de maio de 2025.

daniela.dossantos@hmv.org.br

Assinado



Daniela Cristina dos Santos

**Daniela Cristina dos Santos**

Coordenadora Escritório de Responsabilidade Social  
Associação Hospitalar Moinhos de Vento

## ANEXO I

**MATRIZ CURRICULAR DO CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO DE PRECEPTORIA EM  
ÁREA PROFISSIONAL DA SAÚDE**

<b>MÓDULO 1 - Competências em preceptoria e ferramentas de aprendizagem</b>		
<b>Objeto de aprendizagem</b>	<b>Produto</b>	<b>Carga horária</b>
Introdução à Educação a Distância (2h)	Momento Síncrono 1 (4h)  Desenvolvimento do Produto 1 (24h)  Momento Síncrono 2 (12h) Apresentação dos Produtos 1	120h
Ferramentas de aprendizagem (15h)		
Competências em preceptoria, papel do preceptor e profissionalismo (15h)		
Processo de ensino e aprendizagem: foco em abordagem individual (18h)		
Ensino centrado no residente/educando (15h)		
Processo de ensino e aprendizagem: foco em habilidades de comunicação (15h)		
<b>MÓDULO 2 - Planejamento de ação pedagógica na preceptoria</b>		
Ferramentas de ensino I (18h)	Momento Síncrono 1 (4h)  Desenvolvimento do Produto 2 (24h)  Momento Síncrono 2 (12h) Apresentação dos Produtos 2	120h
Ferramentas de ensino II (18h)		
Ferramentas de avaliação I (18h)		
Ferramentas de avaliação II (16h)		
Planejamento de ação pedagógica (10h)		
<b>MÓDULO 3 - Gestão de programa de residência na área da saúde e a organização do serviço para o ensino</b>		
Processo de ensino e aprendizagem: foco na prática baseada em evidências (15h)	Momento Síncrono 1 (4h)  Desenvolvimento do Produto 3 (24h)  Momento Síncrono 2 (12h) Apresentação dos Produtos 3	120h
Processo de ensino e aprendizagem: foco em interdisciplinaridade e trabalho em equipe (10h)		
Processo de ensino e aprendizagem: foco nas ferramentas de gestão em saúde (15h)		

Processo de ensino e aprendizagem: foco em segurança do paciente (20h)		
Gestão de programa de residência e organização do serviço para o ensino (20h)		
Carga horária total do curso		360h

**ANEXO II**  
**CRONOGRAMA**

ETAPAS	DATA
Período de inscrição	11/06/2025 a 30/06/2025
Publicação do resultado preliminar do Processo Seletivo	11/07/2025
Interposição de Recursos	14/07/2025 e 15/07/2025
Publicação do resultado final do Processo Seletivo	18/07/2025

**Importante:** O cronograma poderá sofrer alterações a critério da AHMV ou do Ministério da Saúde, se necessário, com a devida divulgação pelos canais oficiais de informações, a saber: <https://editais.hmv.org.br/>.

### ANEXO III

#### FORMULÁRIO PARA PESSOA AUTODECLARADA NEGRA

Eu, \_\_\_\_\_, CPF Nº \_\_\_\_\_,  
RG Nº \_\_\_\_\_, declaro, para os fins específicos de atendimento a seleção do Curso de  
Especialização de Preceptoría em Área Profissional da Saúde, que sou negro(a) e, estou ciente de  
que se for detectada falsidade na declaração, estarei sujeito à desclassificação do processo seletivo,  
sem prejuízo de outras sanções legais.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2025.

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

## ANEXO IV

### FORMULÁRIO PARA PESSOA COM DEFICIÊNCIA

Eu, \_\_\_\_\_, CPF Nº \_\_\_\_\_,  
RG Nº \_\_\_\_\_, declaro, para os fins específicos de atendimento a seleção do Curso de Especialização de Preceptoría em Área Profissional da Saúde, que sou pessoa com deficiência, conforme **laudo médico anexo** (emitido há no máximo 12 meses, contendo diagnóstico e descrição da deficiência, com CID correspondente, assinatura, carimbo e CRM do médico responsável) e, estou ciente de que se for detectada falsidade na declaração, estarei sujeito à desclassificação do processo seletivo, sem prejuízo de outras sanções legais.

#### Informações sobre a Deficiência

Tipo de Deficiência (assinale a opção correspondente):

- Física  
 Visual  
 Auditiva  
 Intelectual  
 Múltipla  
 Outra (especificar): \_\_\_\_\_

Descrição da Deficiência: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2025.

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

## ANEXO V

### DECLARAÇÃO ÉTNICO-COMUNITÁRIA INDÍGENA

Nós, abaixo assinados, na qualidade de lideranças da comunidade indígena \_\_\_\_\_, pertencente ao povo \_\_\_\_\_, localizada no município \_\_\_\_\_, estado \_\_\_\_\_, declaramos, para os devidos fins, que o candidato \_\_\_\_\_, portador(a) do documento de identidade nº \_\_\_\_\_ e CPF nº \_\_\_\_\_, é membro reconhecido(a) desta comunidade.

A presente declaração é emitida para comprovação de pertencimento étnico e comunitário indígena para atendimento do Processo Seletivo nº 01 de 09 de junho de 2025 do Curso de Especialização de Preceptoria em Área Profissional da Saúde.

Atestamos ainda que \_\_\_\_\_ mantém vínculos históricos, sociais, culturais e territoriais com o povo e a comunidade indígena mencionada, sendo reconhecido como membro ativo e participante da vida comunitária.

Por ser expressão da verdade, firmamos esta declaração.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2025.

#### Assinaturas das Lideranças Indígenas:

1. Nome completo: \_\_\_\_\_

Número do CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

2. Nome completo: \_\_\_\_\_

Número do CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

3. Nome completo: \_\_\_\_\_

Número do CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

## ANEXO VI

### DECLARAÇÃO ÉTNICO-QUILOMBOLA

Nós, as lideranças abaixo assinadas, representantes da Comunidade Quilombola \_\_\_\_\_, localizada no município \_\_\_\_\_, estado \_\_\_\_\_, declaramos, para os devidos fins, que o candidato \_\_\_\_\_, portador(a) do documento de identidade nº \_\_\_\_\_ e CPF nº \_\_\_\_\_, é membro reconhecido(a) desta comunidade.

A presente declaração é emitida a pedido do(a) interessado(a), para comprovação de pertencimento étnico-quilombola para o Processo Seletivo nº 01 de 09 de junho de 2025 do Curso de Especialização de Preceptoría em Área Profissional da Saúde.

Atestamos ainda que \_\_\_\_\_ participa da vida comunitária e mantém vínculos históricos, culturais e sociais com nossa comunidade quilombola.

Por ser verdade, firmamos esta declaração.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2025.

#### Assinaturas das Lideranças Quilombolas:

1. Nome completo: \_\_\_\_\_

Número do CPF: \_\_\_\_\_

Cargo: [Exemplo: Coordenador/a da Associação Quilombola]

Assinatura: \_\_\_\_\_

2. Nome completo: \_\_\_\_\_

Número do CPF: \_\_\_\_\_

Cargo: [Exemplo: Líder Comunitário/a]

Assinatura: \_\_\_\_\_

3. Nome completo: \_\_\_\_\_

Número do CPF: \_\_\_\_\_

Cargo: [Exemplo: Representante do Conselho Quilombola]

Assinatura: \_\_\_\_\_

## ANEXO VII

### FORMULÁRIO PARA PESSOA TRANS

Eu, \_\_\_\_\_, CPF Nº \_\_\_\_\_,  
RG Nº \_\_\_\_\_, declaro, para os fins específicos de atendimento a seleção do Curso de Especialização de Preceptoria em Área Profissional da Saúde, que sou pessoa trans e estou ciente de que se for detectada falsidade na declaração, estarei sujeito à desclassificação do processo seletivo, sem prejuízo de outras sanções legais.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2025.

---

Assinatura do(a) candidato(a)

ANEXO VIII

DECLARAÇÃO COMPROBATÓRIA DE EXERCÍCIO NA FUNÇÃO DE PRECEPTOR OU TUTOR DE PROGRAMA DE RESIDÊNCIA NA ÁREA PROFISSIONAL DA SAÚDE

Declaro, para fins de habilitação no Processo Seletivo nº 01 de 09 de junho de 2025, que o(a) profissional \_\_\_\_\_ inscrito(a) no Cadastro de Pessoa Física (CPF) sob o nº \_\_\_\_\_, exerce a função de \_\_\_\_\_, desde o mês de \_\_\_\_\_ do ano de \_\_\_\_\_, até o mês de \_\_\_\_\_ do ano de \_\_\_\_\_, totalizando \_\_\_\_\_ meses de atuação no Programa de Residência \_\_\_\_\_ da Instituição \_\_\_\_\_, inscrita no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica (CNPJ) sob o nº \_\_\_\_\_.

Declaro ainda que nesse período o(a) profissional acompanhou/acompanha \_\_\_\_\_ (nº) de residentes.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2025.

\_\_\_\_\_  
(Nome e assinatura do(a) Coordenador(a) da Comissão de Residência Multiprofissional – COREMU da Instituição a qual o preceptor ou tutor está vinculado)

**ANEXO IX**

**DECLARAÇÃO COMPROBATÓRIA DE PROFISSIONAL DA SAÚDE QUE ATUA NOS ESPAÇOS DE FORMAÇÃO DOS PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA EM ÁREA PROFISSIONAL DA SAÚDE**

Declaro, para fins de habilitação no Processo Seletivo nº 01 de 09 de junho de 2025, que o(a) profissional inscrito(a) no Cadastro de Pessoa Física (CPF) sob o nº \_\_\_\_\_, exerce a função de \_\_\_\_\_ no serviço de \_\_\_\_\_, ambiente de prática e aprendizagem do Programa de Residência \_\_\_\_\_ da Instituição \_\_\_\_\_, inscrita no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica (CNPJ) sob o nº \_\_\_\_\_ desde o mês de \_\_\_\_\_ do ano de \_\_\_\_\_, até o mês de \_\_\_\_\_ do ano de \_\_\_\_\_, totalizando \_\_\_\_\_ meses de atuação.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2025.

\_\_\_\_\_  
(Nome e assinatura do(a) Coordenador(a) da Comissão de Residência Comissão de Residência Multiprofissional – COREMU da Instituição que desenvolve as atividades no serviço ao qual o profissional está vinculado)

**ANEXO X**

**DECLARAÇÃO DE PROFISSIONAL DA SAÚDE VINCULADO À ÓRGÃO OU INSTITUIÇÃO QUE TENHA ADERIDO  
AO EDITAL SGTES/MS Nº 1, DE 12 DE MAIO DE 2025**

Declaro, para fins de habilitação no Processo Seletivo nº 01 de 09 de junho de 2025, que o(a) profissional \_\_\_\_\_ inscrito(a) no Cadastro de Pessoa Física (CPF) sob o nº \_\_\_\_\_, exerce a função de \_\_\_\_\_ e está vinculado à Instituição \_\_\_\_\_, inscrita no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica (CNPJ) sob o nº \_\_\_\_\_, a qual aderiu ao **Edital SGTES/MS nº 1, de 12 de maio de 2025**.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2025.

\_\_\_\_\_  
(Nome e assinatura do(a) Coordenador(a) da Comissão de Residência Multiprofissional – COREMU ou responsável da Instituição a qual o profissional está vinculado)

ANEXO XI

FORMULÁRIO PARA INTERPOSIÇÃO DE RECURSO - PROCESSO SELETIVO Nº 01 DE 09 DE JUNHO DE 2025.

Nome Completo:	
Endereço completo:	
Bairro:	Cidade:
Estado:	CEP:
Telefone(s):	
E-mail:	
Descreva de forma objetiva e clara o motivo do recurso, citando, quando aplicável, artigos/itens do edital para sua fundamentação:	

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2025.

\_\_\_\_\_

Assinatura do(a) candidato(a)

O recurso deverá ter todos os campos preenchidos, ser assinado e escaneado em resolução que permita a leitura. Será aceito **somente** recurso enviado para o e-mail [processoseletivo.cpp@hmv.org.br](mailto:processoseletivo.cpp@hmv.org.br), na data estipulada no cronograma deste Processo Seletivo e que contenha no campo ASSUNTO do e-mail a seguinte descrição: **PROCESSO SELETIVO Nº 01 DE 09 DE JUNHO DE 2025 - RECURSO.**

**ANEXO XII**  
**TERMO DE COMPROMISSO DO CURSISTA**

Eu, \_\_\_\_\_, inscrito (a) no Cadastro de Pessoa Física (CPF) sob o nº \_\_\_\_\_, declaro que exerço a atividade de \_\_\_\_\_ e tenho ciência das obrigações inerentes à minha participação no curso de Especialização de Preceptoría em Área Profissional da Saúde e, nesse sentido, **COMPROMETO-ME** a:

- I. Realizar a entrega total de 3 (três) produtos, sendo estes submetidos à validação dos tutores do curso de Especialização:
  - a) Produto do Módulo 1 – Competências em Preceptoría e Ferramentas de Aprendizagem: Mapeamento dos aspectos que possam ser qualificados na prática da preceptoría na área da saúde e que sejam factíveis de serem melhorados na realidade atual do Programa de Residência em Saúde;
  - b) Produto do Módulo 2 – Planejamento de Ação Pedagógica na Preceptoría: Plano de Ação Pedagógica que contemple ações educacionais que possam ser implementadas no Programa de Residência em Saúde para contribuir na qualificação dos aspectos previamente identificados;
  - c) Produto do Módulo 3 – Gestão de programa de residência na área da saúde e a organização do serviço para o ensino: Produção técnica contendo a análise e resultados da execução da ação educacional selecionada no Plano de Ação Pedagógica.
- II. Participar de inquéritos elaborados pela Associação Hospitalar Moinhos de Vento e Ministério da Saúde;
- III. Fornecer, a qualquer momento, dados e informações solicitadas pela Associação Hospitalar Moinhos de Vento e Ministério da Saúde, para fins de monitoramento do cumprimento das atividades do curso, bem como para possíveis publicações de pesquisas de cunho científico, sendo garantida a ética e o sigilo aos dados pessoais, conforme dispõe a Lei nº 13.709, de 14 de agosto de 2018 (Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais).

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2025.

---

Nome e assinatura do(a) cursista

ID 30406-Edital Nº 08-Proc Seletivo nº 01 de 09 06 2025-Alunos  
Curso de Especialização - Prec Mu  
Código do documento c8cb6645-58dc-48a5-88a9-908467d2075a



## Assinaturas



Daniela Cristina dos Santos  
daniela.dossantos@hmv.org.br  
Assinou

Daniela Cristina dos Santos



ADMILSON REIS DA SILVA  
admilson.reis@hmv.org.br  
Assinou

ADMILSON REIS DA SILVA

## Eventos do documento

### 27 May 2025, 16:33:56

Documento c8cb6645-58dc-48a5-88a9-908467d2075a **criado** por DANIELLE DA ROCHA PADILHA (5be10dab-953b-4a50-a946-bff3ef721734). Email: danielle.padilha@hmv.org.br. - DATE\_ATOM: 2025-05-27T16:33:56-03:00

### 27 May 2025, 16:38:18

Assinaturas **iniciadas** por DANIELLE DA ROCHA PADILHA (5be10dab-953b-4a50-a946-bff3ef721734). Email: danielle.padilha@hmv.org.br. - DATE\_ATOM: 2025-05-27T16:38:18-03:00

### 27 May 2025, 16:54:37

DANIELA CRISTINA DOS SANTOS **Assinou** (c9673890-50ef-458a-beba-00709606164b) - Email: daniela.dossantos@hmv.org.br - IP: 200.238.32.2 (200.238.32.2 porta: 47282) - **Geolocalização: -30.0246151 -51.2100005** - Documento de identificação informado: 960.829.920-91 - DATE\_ATOM: 2025-05-27T16:54:37-03:00

### 28 May 2025, 18:03:13

ADMILSON REIS DA SILVA **Assinou** (056e4291-0f79-4693-aeec-e581d1e7d53a) - Email: admilson.reis@hmv.org.br - IP: 200.238.32.2 (200.238.32.2 porta: 43198) - Documento de identificação informado: 074.436.777-82 - DATE\_ATOM: 2025-05-28T18:03:13-03:00

## Hash do documento original

(SHA256):c59d52cd03c7c92964ccb1d015b62d965ec8015cf9df044a82c61d4a23465ff5

(SHA512):7e6d6d7c49b170a21488b23bc050ed8415e86775955d33d0545c537048647f8b3e43d2bd25915b88809d0ee19573ad857e3206ac7b8f7d1f8bb10ac7d9e38f86

## Documento enviado em cópia para:

contratos.proadi@hmv.org.br  
guilherme.queiroz@hmv.org.br

---

Esse log pertence **única** e **exclusivamente** aos documentos de HASH acima

---



**Esse documento está assinado e certificado pela D4Sign**

**Integridade certificada no padrão ICP-BRASIL**

Assinaturas eletrônicas e físicas têm igual validade legal, conforme **MP 2.200-2/2001** e **Lei 14.063/2020**.

---