

PROCESSO SELETIVO Nº 01/2025 DE 12 DE MAIO DE 2025

REFERENTE A SELEÇÃO DE MULTIPLICADORES PARA O CURSO DE APERFEIÇOAMENTO PARA O MANEJO CLÍNICO DO DIABETES E HIPERTENSÃO ARTERIAL, E PARA O CUIDADO INTEGRAL NO PRÉ-NATAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À 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, torna público, para o conhecimento dos interessados, a abertura de processo seletivo de profissionais de saúde que atuam nas unidades de saúde da Atenção Primária à Saúde (APS), para inscrição no **“Curso de aperfeiçoamento para o manejo clínico do Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial, e para o cuidado integral no Pré-natal na APS”**. O curso será realizado entre o segundo semestre de 2025 e primeiro semestre de 2026, ofertado na modalidade híbrida, vinculado ao **Projeto Manejo Clínico na APS**, junto ao Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do SUS - PROADI-SUS, desenvolvido em parceria entre a AHMV e o Ministério da Saúde (MS).

1. DO OBJETIVO

1.1 O presente processo seletivo tem por objetivo contribuir para a qualificação dos profissionais de saúde que atuam em unidades da APS, por meio do desenvolvimento de competências clínicas e educacionais, na área do manejo clínico do Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial, e do cuidado integral no Pré-natal na APS, para atuarem como multiplicadores em oficinas para os profissionais das equipes da APS.

1.2 Objetivos Específicos:

- A. Selecionar profissionais de saúde com experiência e interesse no manejo clínico do Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial, e em cuidado integral no Pré-natal na APS;
- B. Capacitar e desenvolver os profissionais selecionados por meio de um curso de aperfeiçoamento, abordando diretrizes atualizadas e metodologias ativas de ensino, para que possam conduzir oficinas educativas de forma qualificada para as equipes da APS;
- C. Estimular a disseminação do conhecimento e a troca de experiência entre os profissionais da APS, promovendo a melhoria da qualidade do cuidado ofertado à população e fortalecendo o trabalho colaborativo e interdisciplinar;
- D. Monitorar e avaliar o impacto da formação na prática assistencial e nos desfechos clínicos dos pacientes atendidos na APS.

2. DO OBJETO

2.1 Este Processo Seletivo tem por objeto a seleção de profissionais de saúde de nível superior que estejam no exercício de suas respectivas atividades em unidades de saúde da APS, para qualificação profissional em nível de aperfeiçoamento, ofertada pelo PROADI-SUS da AHMV em parceria com o MS, com o intuito de desempenharem o papel de multiplicadores de oficinas nas unidades de saúde participantes do projeto;

2.2 O “Curso de aperfeiçoamento para o manejo clínico do Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial, e para o cuidado integral no Pré-natal na APS” desenvolvido pela AHMV será ofertado para os profissionais da APS que atuam nos estados do Rio Grande do Sul (RS) e de Santa Catarina (SC), nas seguintes regiões:

RS		SC	
R27 - Jacuí Centro	Pertencente à Macrorregião Vales	1 - Extremo Oeste 2 - Oeste 3 - Xanxerê	Pertencentes à Macrorregião Grande Oeste
R11 - Sete Povos das Missões R12 - Portal das Missões	Pertencentes à Macrorregião Missioneira	12 - Nordeste 13 - Planalto Norte 17 - Vale do Itapocu	Pertencentes à Macrorregião Planalto Norte e Nordeste
R24 - Campos de Cima da Serra R26 - Uva e Vale	Pertencentes à Macrorregião Serra	9 - Médio Vale do Itajaí 10 - Alto Vale do Itajaí	Pertencentes à Macrorregião Vale do Itajaí
R18 - Araucárias R19 - Botucaraí R20 - Rota da Produção	Pertencentes à Macrorregião Norte	14 - Laguna 15 - Carbonífera 16 - Extremo Sul Catarinense	Pertencentes à Macrorregião Sul
R3 - Fronteira Oeste	Pertencente à Macrorregião Centro-Oeste	8 - Grande Florianópolis	Pertencente à Macrorregião Grande Florianópolis
R4 - Belas Praias R5 - Bons Ventos	Pertencentes à Macrorregião Metropolitana		
R22 - Pampa	Pertencente à Macrorregião Sul		

3. DA DISTRIBUIÇÃO DAS VAGAS

3.1 Serão ofertadas 300 (trezentas) vagas para a realização do curso, observados os critérios de classificação e seleção descritos na seção 8, respeitando uma proporção de 60% das vagas para médicos e/ou enfermeiros, e 40% das vagas para as demais áreas da saúde citadas nos critérios de admissibilidade (seção 6);

3.2 A distribuição das vagas nas regiões de saúde dos estados do RS e SC será realizada de acordo com critérios estabelecidos pela governança do projeto em conjunto com as Secretarias Estaduais de Saúde;

3.3 As vagas das ações afirmativas serão oferecidas em cima do total de vagas ofertadas (300), 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 estabelecido a seguinte distribuição de vagas para grupos historicamente sub-representados:

- 90 vagas destinadas a pessoas autodeclaradas negras;
- 15 vagas destinadas a pessoas indígenas;
- 15 vagas destinadas a pessoas quilombolas;
- 30 vagas destinadas a pessoas com deficiência;
- 15 vagas destinadas a pessoas trans (travestis, transexuais e transgêneros).

3.4 A reserva de vagas será aplicada conforme as regras estabelecidas neste edital e em conformidade com os critérios de autodeclaração e documentação exigidos para cada categoria;

3.5 Caso as vagas reservadas para ações afirmativas não sejam preenchidas por ausência de candidatos aptos ou pela não comprovação dos requisitos exigidos, essas vagas serão distribuídas da seguinte forma:

3.5.1 Inicialmente, serão remanejadas dentro do próprio grupo de ações afirmativas, priorizando candidatos de outros grupos historicamente sub-representados: pessoas negras, pessoas indígenas, pessoas quilombolas, pessoas com deficiência e pessoas trans (travestis, transexuais e transgêneros);

3.5.2 Se, após a redistribuição entre os grupos, ainda houver vagas remanescentes, elas serão disponibilizadas para a ampla concorrência, respeitando a ordem de classificação geral dos candidatos.

3.6 Os candidatos que concorrem às vagas destinadas a ações afirmativas deverão apresentar documentação específica para comprovação de sua condição, conforme descrito abaixo:

- A. Pessoas Autodeclaradas Negras (Pretas e Pardas): Formulário de autodeclaração conforme critérios do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), disponível no ANEXO I deste edital;
- B. Pessoas Indígenas: Declaração de pertencimento emitida pela respectiva comunidade indígena assinada por liderança reconhecida (disponível no ANEXO II neste edital); Registro Administrativo de Nascimento de Indígena (RANI) ou outro documento expedido pela Fundação Nacional dos Povos Indígenas (FUNAI), se disponível;
- C. Pessoas Quilombolas: Declaração de pertencimento emitida por associação quilombola reconhecida (disponível no ANEXO III neste edital); Certidão expedida pela Fundação Cultural Palmares, se disponível;
- D. Pessoas com Deficiência (PcD): Laudo médico emitido nos últimos 12 meses por profissional especialista na área da deficiência declarada, contendo: Classificação Internacional de Doenças

(CID) correspondente; Indicação do grau da deficiência e suas implicações funcionais; Exames ou documentos complementares, se aplicável;

- E. Pessoas Trans (Travestis, Transexuais e Transgêneros): Autodeclaração de identidade de gênero assinada pelo candidato (disponível no ANEXO IV desde edital); Documento oficial de identificação (RG, CNH ou Passaporte), sendo opcional a atualização do nome social ou identidade de gênero nos registros civis.

3.7 A veracidade das informações prestadas no momento da inscrição é de inteira responsabilidade do candidato, e, na hipótese de constatação de autodeclaração étnico-racial em desacordo com os critérios estabelecidos, a/o candidata/o passará a concorrer pelo acesso universal;

3.8 Não caberá análise de pedido de recurso para reserva de vaga aos candidatos que não declararem a sua condição no formulário de inscrição desta seleção.

4. A OFERTA EDUCACIONAL

4.1 O curso de aperfeiçoamento de multiplicadores para o manejo clínico do Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial, e para o cuidado integral no Pré-natal na APS é composto por 6 (seis) módulos: Módulo 1 – Metodologias Educacionais para a Formação de Multiplicadores na APS; Módulo 2 – Bases Conceituais para o Manejo Clínico do Diabetes Mellitus, Hipertensão Arterial, e para o cuidado integral no Pré-natal na APS; Módulo 3 – Prática Assistencial sobre Manejo Clínico do Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial na APS; Módulo 4 – Prática Assistencial sobre Manejo Clínico da Gestaçã, Parto e Puerpério na APS; Módulo 5 – Aplicação de conceitos e Prática Assistencial sobre Manejo Clínico na APS; e, Módulo 6 – Autocuidado Apoiado;

4.2 Este curso tem carga horária de 180 (cento e oitenta) horas e deverá ser concluído conforme cronograma previsto para execução do curso;

4.3 As aulas dos módulos 1 ao 4 serão realizadas coletivamente em encontros semanais síncronos à distância, com duração de duas horas cada, sendo previsto pelo menos dois encontros por semana (4 horas no total). Estas atividades contarão com a participação de professores que darão aulas expositivas e guiarão discussões dos aspectos relevantes abordados durante cada aula;

4.4 O módulo 5 está previsto para ser realizado através de encontro presencial, sendo as informações relativas a esse encontro facultadas previamente aos participantes do curso. Para a frequência desse encontro presencial estão previstas ajudas de custo para os multiplicadores;

4.5 O módulo 6 será realizado na modalidade de educação à distância assíncrona na plataforma do curso;

4.6 As leituras complementares, bem como da apostila, serão realizadas ao decorrer do curso, de forma assíncrona, conforme organização de cada aluno;

4.7 A matriz curricular do Curso de Aperfeiçoamento está estruturada conforme o ANEXO V deste Processo Seletivo;

4.8 Estrutura e Avaliação do Curso:

4.8.1 O conteúdo programático, a distribuição da carga horária, o cronograma, o monitoramento e a avaliação das atividades do curso, serão definidos pela AHMV em articulação com representantes do Conselho Nacional de Secretários de Saúde, da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde e da Secretaria de Atenção Primária à Saúde do Ministério da Saúde;

4.8.2 Para fins de certificação, os participantes deverão cumprir as atividades avaliativas previstas, incluindo a elaboração e entrega de dois (2) produtos ao longo do curso, conforme descrito no ANEXO VI, além de aprovação nos cinco módulos que compõem a formação;

4.8.3 A aprovação em cada módulo exige, obrigatoriamente:

- Frequência mínima de 75% nas aulas, sendo a frequência monitorada por meio da plataforma moodle; e
- Aprovação em 70% das questões das avaliações somativas correspondentes.

4.8.4 O(a) participante que não for aprovado em qualquer módulo, será automaticamente impedido(a) de assistir aos módulos seguintes, não recebendo a certificação.

5. DO CRONOGRAMA

5.1 O cronograma do presente processo seletivo do Curso de Aperfeiçoamento compreenderá as seguintes etapas, descrições e períodos (Quadro 1):

Quadro 1. Cronograma do processo seletivo do Curso de Aperfeiçoamento:

Etapa	Descrição	Período
Publicação do Processo Seletivo	Publicação do Processo Seletivo no endereço eletrônico https://editais.hmv.org.br	12/05/2025
Inscrição	As inscrições serão realizadas exclusivamente no endereço eletrônico https://editais.hmv.org.br , conforme disposto na seção 7 deste Processo Seletivo	13/05/2025 à 30/05/2025
Homologação das inscrições	Divulgação das inscrições homologadas de acordo com o descrito na seção 7	06/06/2025
Divulgação do resultado preliminar	Divulgação dos resultados após avaliação dos critérios de classificação	09/06/2025
Interposição dos Recursos	Recebimento dos recursos e avaliação das solicitações	10/06/2025 à 11/06/2025
Publicação do resultado final do Processo Seletivo	Divulgação da lista final de aprovados e suplentes de acordo com o descrito na seção 8	16/06/2025

5.1.1 É de inteira responsabilidade do candidato o acompanhamento do cronograma das etapas e da divulgação dos resultados;

5.1.2. Todas as datas informadas no cronograma consideram o horário oficial de Brasília;

5.1.3 O cronograma poderá sofrer alterações a critério da AHMV, cuja divulgação será realizada pelo canal oficial de informação, a saber: <https://editais.hmv.org.br/>.

6. DOS CRITÉRIOS DE ADMISSIBILIDADE

6.1 Para aderir ao Processo Seletivo os profissionais devem atender aos seguintes requisitos:

6.1.1 Formação acadêmica: Possuir graduação em uma das seguintes áreas da saúde: medicina, enfermagem, nutrição, fisioterapia, educação física, farmácia, odontologia, saúde coletiva, psicologia, fonoaudiologia, terapia ocupacional e serviço social;

6.1.2 Dos critérios de vínculo profissional: Atuar como profissional da área da saúde em unidade de saúde da APS por período superior a 4 anos, vinculado a uma unidade de saúde localizada em uma das regiões incluídas no projeto;

6.1.2.1 Os profissionais com tempo de atuação na APS inferior a 4 anos podem se inscrever no processo seletivo, porém a inscrição apenas será considerada válida caso existam vagas não preenchidas pelos candidatos que cumpram o critério descrito no item 6.1.2.

6.1.3 Ter comprometimento e disponibilidade para frequentar as atividades do curso;

6.1.3.1 Ter domínio de ferramentas digitais e de webconferência;

6.1.3.2 Possuir disponibilidade de horário e infraestrutura (dispositivo com acesso à internet, microfone e webcam) para participar de atividades síncronas, conforme carga-horária definida no curso.

6.1.4 Ter comprometimento e disponibilidade para replicar o conhecimento adquirido junto às equipes de saúde da APS através de oficinas.

7. DA INSCRIÇÃO

7.1 Antes de efetuar a inscrição, o candidato deverá conhecer todas as condições estabelecidas neste processo seletivo e certificar-se de que preenche todos os pré-requisitos constantes na seção 6, e concordar com os termos exigidos, não podendo atribuir à AHMV qualquer responsabilidade, quanto à inobservância dos requisitos apresentados;

7.2 A inscrição no Processo Seletivo é gratuita aos candidatos envolvidos, bem como a participação nos cursos é gratuita para os alunos selecionados. As inscrições deverão ser realizadas a partir das 00:00h do dia 13 de maio de 2025 até às 23:59h do dia 30 de maio de 2025 (horário de Brasília), exclusivamente por meio do preenchimento do formulário eletrônico de inscrição disponibilizado no endereço eletrônico <https://editais.hmv.org.br/>;

7.3 O candidato aprovado assume a responsabilidade de manter frequência regular e concluir o curso, comprometendo-se com a disponibilidade e dedicação necessárias para o cumprimento das atividades propostas;

7.4 Não serão aceitas inscrições via postal, fax, e-mail ou outro meio que não seja a plataforma indicada no presente Processo Seletivo;

7.5 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):

7.5.1. Carteira de Identidade Profissional válida, quando aplicável;

7.5.2. Cópia digitalizada (frente e verso) de documento de identificação válido com foto, contendo o número do RG e data de nascimento (RG, ou CNH, ou Carteira de Identidade Profissional). Para estrangeiros: cópia digitalizada do passaporte/visto de permanência no país ou Registro Nacional de Estrangeiros (RNE);

7.5.3. Cópia digitalizada do Cadastro de Pessoa Física (CPF);

7.5.4. Cópia digitalizada (frente e verso) de Certidão de Nascimento ou Certidão de Casamento;

7.5.5. Cópia digitalizada (frente e verso) do certificado de conclusão do curso de graduação em uma das áreas da saúde descritas no item 6.1.1; 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;

7.5.6. Termo de Adesão, conforme ANEXO VI, datado e assinado pelo profissional da área da saúde que atua nas unidades de saúde da APS e pelo Coordenador de APS do município;

7.5.7. Declaração comprobatória de exercício na função de profissionais da área da saúde nas unidades de saúde da APS conforme ANEXO VII, datada e assinada pelo coordenador da unidade na qual o profissional está vinculado;

7.5.8. Cópia digitalizada de Termo de Cessão de Uso de Imagem e da Propriedade Intelectual (ANEXO VIII).

7.6 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, falsos, arquivos corrompidos ou diferentes dos solicitados;

7.7 Na seção 5 (Quadro 1) deste edital é apresentado o cronograma, e eventuais alterações serão disponibilizadas através do link: <https://editais.hmv.org.br/>;

7.8 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 Processo Seletivo;

7.9 Serão analisados apenas os formulários de inscrição devidamente preenchidos, com toda a documentação solicitada e anexada conforme item 7.5.

8. DOS CRITÉRIOS DE CLASSIFICAÇÃO E SELEÇÃO

8.1 Condução do Processo Seletivo: O processo de seleção será conduzido pela Associação Hospitalar Moinhos de Vento (AHMV), de acordo com os critérios estabelecidos neste edital;

8.2 Critérios de Classificação e Pontuação: A classificação e seleção dos(as) candidatos(as) será realizada com base no somatório de pontos conforme os critérios descritos abaixo (Quadro 2):

Quadro 2. Critério de classificação dos profissionais de saúde para o Curso de aperfeiçoamento:

Critério	Pontuação	Comprovante
Possuir Mestrado em Ensino na Saúde	15 pontos	Diploma ou certificado de pós-graduação Stricto-sensu em entidade de ensino reconhecida pelo MEC.
Possuir Pós-graduação em Ensino na Saúde ou Gestão Clínica em uma das áreas de interesse do projeto (Cardiologia, Endocrinologia, Ginecologia e Obstetrícia)	10 pontos	Diploma ou certificado de pós-graduação Latu-sensu em entidade de ensino reconhecida pelo MEC.
Ter experiência de atuação como docente ou tutor na área da saúde	10 pontos	Documento oficial comprobatório, devidamente assinado e carimbado, constando função, carga horária e período trabalhado.
Ser egresso do Programa Mais Médicos	5 pontos	Declaração de participação no Programa Mais Médicos.
Ser egresso de Programa de Residência em área profissional da saúde (uniprofissional ou multiprofissional)	10 pontos	Certificado de conclusão em Programa de Residência uniprofissional ou multiprofissional na área profissional da saúde.
Médico(a) de Família e Comunidade com atuação na Estratégia Saúde da Família (ESF)	10 pontos	Certificado de conclusão de Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade em programa credenciado pela Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM) ou possuir título de Especialista em Medicina de Família e Comunidade pela Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC).

Médico(a) de outra especialidade com atuação na Estratégia Saúde da Família (ESF)	5 pontos	Comprovante(s) de experiência profissional em Estratégia de Saúde da Família (ESF) informando o período de atuação.
Enfermeiro(a) de Família e Comunidade com atuação na Estratégia Saúde da Família (ESF)	10 pontos	Certificado de conclusão em Programa de Residência uniprofissional ou multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade ou ter título de Enfermeiro(a) de Família e Comunidade reconhecido pelo Conselho Federal de Enfermagem (COFEN).
Enfermeiro(a) de outra especialidade com atuação na Estratégia Saúde da Família (ESF)	5 pontos	Comprovante(s) de experiência profissional em Estratégia de Saúde da Família (ESF) informando o período de atuação.
Profissionais com atuação na equipe multiprofissional da APS (e-Multi)	5 pontos	Comprovante(s) de experiência profissional na equipe multiprofissional da APS (e-Multi) informando o período de atuação.

8.3 Classificação e Seleção:

8.3.1 Serão classificados 600 candidatos, dos quais serão selecionados os 300 primeiros colocados que atenderem aos requisitos estabelecidos na seção 6 e 8 deste Processo Seletivo;

8.3.2 Os 300 candidatos seguintes permanecerão em lista de suplentes, podendo ser convocados conforme necessidade e disponibilidade de vagas.

9. DOS CRITÉRIOS DE DESEMPATE

9.1 Em caso de empate, após classificação conforme os critérios estabelecidos na seção 8 deste Processo Seletivo, será considerado os seguintes critérios de desempate:

9.1.1 Preferência para o candidato com maior tempo de atuação na APS, considerando o número de anos e meses;

9.1.2 Persistindo o empate entre os candidatos, será utilizado o critério de idade, dando preferência para o candidato de maior idade, considerando o dia, mês e ano de nascimento.

10. DO RESULTADO

10.1 O resultado dos candidatos selecionados será publicado no endereço eletrônico: <https://editais.hmv.org.br/>, conforme cronograma previsto na seção 5 (Quadro 1) deste edital.

11. DOS RECURSOS

11.1 Serão admitidos apenas recursos devidamente fundamentados, redigidos com clareza, concisão e objetividade, exclusivamente em relação ao resultado preliminar. O candidato deverá apresentar as razões de sua discordância, indicando os itens do Processo Seletivo que, a seu ver, tenham sido descumpridos;

11.2 Os recursos deverão ser interpostos no prazo previsto na seção 5 (Quadro 1) deste Processo Seletivo;

11.3 Os recursos devem ser enviados para o e-mail manejoclinicoaps@hmv.org.br e seguir todas as orientações constantes no modelo de arquivo, conforme o ANEXO IX. Deverá ser indicado no campo “Assunto” do e-mail: “RECURSO - Processo Seletivo nº 01 de 12 de maio de 2025”, e seu recebimento será confirmado pela equipe do Projeto Manejo Clínico na APS;

11.4 Serão indeferidos pela AHMV os recursos encaminhados fora do prazo ou preenchidos de forma incorreta, incompleta, em branco, sem fundamentação ou indicação do item do documento que rege o Processo Seletivo, bem como enviado por meio diverso do previsto neste Processo Seletivo;

11.5 Cada candidato poderá interpor apenas **um único recurso**;

11.6 O resultado final, após a análise dos recursos, será divulgado no endereço eletrônico: <https://editais.hmv.org.br/>, conforme cronograma na seção 5 (Quadro 1);

11.7 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.

12. DA MATRÍCULA

12.1 Os aprovados no processo seletivo serão contatados por e-mail, utilizando o endereço informado no momento da inscrição, para confirmação de interesse na matrícula;

12.2 Para garantir a vaga, o(a) candidato(a) deverá responder ao e-mail enviado por manejoclinicoaps@hmv.org.br com confirmação no prazo de até 48 horas após o seu envio. Caso não haja resposta dentro desse período, a vaga será automaticamente destinada ao próximo classificado, conforme a ordem de classificação;

12.3 O ato da matrícula é realizado por parte da AHMV mediante a confirmação de interesse através do contato via e-mail. Portanto, ao confirmar o interesse, a matrícula será realizada de forma automática utilizando os documentos fornecidos no ato da inscrição.

13. DAS RESPONSABILIDADES

13.1 À AHMV cabem as seguintes responsabilidades:

13.1.1 Viabilizar a oferta do Curso de aperfeiçoamento de multiplicadores para o manejo clínico do Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial, e para o cuidado integral no Pré-natal na APS;

13.1.2 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 - LGPD).

13.2 Ao profissional selecionado cabem as seguintes responsabilidades:

13.2.1 Cumprir integralmente as disposições deste Processo Seletivo, garantindo a veracidade das informações prestadas;

13.2.2 Acompanhar o cronograma deste Processo Seletivo e suas eventuais alterações;

13.2.3 Fornecer, sempre que solicitado, dados e informações requeridas pelo Ministério da Saúde ou pela instituição responsável pelo curso, para fins de monitoramento e avaliação das atividades no curso de aperfeiçoamento de multiplicadores para o manejo clínico do Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial, e para o cuidado integral no Pré-natal na APS, bem como para eventuais publicações de pesquisas de cunho científico;

13.2.4 Participar de inquéritos elaborados pela AHMV e pelo Ministério da Saúde;

13.2.5 Cumprir as exigências estabelecidas nos itens 4.8.2, 4.8.3, e 4.8.4 deste edital para receber a certificação do curso.

14. DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

14.1 A critério da AHMV, poderá ser prorrogado o período de inscrição e o início do curso, bem como poderão haver alterações no cronograma;

14.2 A AHMV se reserva no direito de corrigir eventuais erros materiais neste documento;

14.3 A finalidade dos dados pessoais relacionados a este Processo Seletivo é a análise de enquadramento aos requisitos para ocupação das vagas, da classificação e desempate e da comprovação documental para adequação visando o interesse público e os fins sociais do PROADI-SUS;


14.4 A AHMV declara que o tratamento de dados para o presente curso observará todas as premissas de segurança da Lei Geral de Proteção de Dados e suas correlatas;

14.5 Cabe à AHMV, em parceria com o CONASS e com as Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde e Secretaria de Atenção Primária à Saúde do Ministério da Saúde, a resolução de casos omissos e situações não previstas neste instrumento, bem como as adequações necessárias à observância no disposto neste Processo Seletivo;

14.6 O aluno selecionado para o curso autoriza o uso de sua imagem e som, em fotos e vídeos, para serem publicados nos veículos de comunicação institucional da AHMV, com o objetivo de divulgação ao público em geral e parceiros do PROADI-SUS, Ministério da Saúde, e/ou para uso interno da AHMV, desde que não haja desvio de finalidade, conforme ANEXO VIII. Este documento deve ser anexado no ato da inscrição.

Porto Alegre, 12 de maio de 2025.

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

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

FORMULÁRIO DE AUTODECLARAÇÃO DE PESSOA NEGRA

Eu, _____ portador(a)
do R.G. nº _____ e C.P.F. nº _____, pleiteante a uma vaga
no Processo Seletivo N° 01 de 12 de maio de 2025, do Hospital Moinhos de Vento, declaro que
sou negro(a) de cor preta ou parda, conforme o quesito cor ou raça utilizado pela Fundação
Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Declaro estar ciente de que as informações
que estou prestando neste ato são de minha inteira responsabilidade e que, no caso de
declaração falsa, estarei sujeito às sanções previstas em lei.

Informo que no ato da minha inscrição me autodeclarei como pessoa de cor preta ou parda para
fins de concorrer à reserva de vagas aos candidatos negros.

_____, ____ de _____ de 20__.

Assinatura do(a) Candidato(a)

ANEXO II

DECLARAÇÃO DE PERTENCIMENTO ÉTNICO PARA PESSOAS INDÍGENAS

As lideranças comunitárias abaixo identificadas, do Povo Indígena _____, DECLARAM, para fins de inscrição no Processo Seletivo N° 01 de 12 de maio de 2025, do Hospital Moinhos de Vento que o(a) candidato(a) _____, cadastrado (a) no CPF sob o nº _____, é indígena pertencente a este povo, cuja comunidade está localizada em _____ (Município/UF).

Declaram ainda, que são lideranças reconhecidas da comunidade indígena onde reside o estudante indígena mencionado acima.

LIDERANÇA 1

Nome completo: _____

CPF: _____ RG: _____

Assinatura: _____

LIDERANÇA 2

Nome completo: _____

CPF: _____ RG: _____

Assinatura: _____

LIDERANÇA 3

Nome completo: _____

CPF: _____ RG: _____

Assinatura: _____

_____, ____ de _____ de 20__.

Assinatura do(a) Candidato(a)

ANEXO III

DECLARAÇÃO DE PERTENCIMENTO ÉTNICO PARA PESSOAS QUILOMBOLAS

As lideranças residentes na Comunidade Quilombola _____ localizada no _____ (Município/UF) sob o CEP _____ DECLARAM, para fins de inscrição no Processo Seletivo N° 01 de 12 de maio de 2025, do Hospital Moinhos de Vento que o(a) candidato(a) _____, cadastrado(a) no CPF sob o nº _____, é QUILOMBOLA, nascido(a) e residente na Comunidade Quilombola _____, mantendo laços familiares, econômicos sociais e culturais com a referida comunidade.

LIDERANÇA 1

Nome completo: _____

CPF: _____ RG: _____

Assinatura: _____

LIDERANÇA 2

Nome completo: _____

CPF: _____ RG: _____

Assinatura: _____

LIDERANÇA 3

Nome completo: _____

CPF: _____ RG: _____

Assinatura: _____

_____, _____ de _____ de 20____.

Assinatura do(a) Candidato(a)

ANEXO IV

FORMULÁRIO DE AUTODECLARAÇÃO DE IDENTIDADE TRANS: TRAVESTI, TRANSEXUAL OU TRANSGÊNERO

Eu, _____ portador(a)
do R.G. nº _____ e C.P.F. nº _____, pleiteante a uma vaga
no Processo Seletivo N° 01 de 12 de maio de 2025, do Hospital Moinhos de Vento, declaro minha
identidade trans (travesti, transexual ou transgênero), e opto por concorrer às vagas reservadas
para as pessoas trans que não se identificam com o gênero que lhes foi atribuído quando do seu
nascimento, com o fim específico de atender aos critérios estipulados neste edital.

Declaro ainda estar ciente que se, for detectada falsidade na declaração estarei sujeito(a) ao
indeferimento de minha inscrição neste certame e as penalidades previstas em lei.

Afirmo ainda que o nome utilizado no preenchimento acima e também na ficha de inscrição é
aquele que deve ser utilizado, mesmo que seja distinto do meu registro civil, vedando o uso de
outra identificação.

_____, ____ de _____ de 20__.

ANEXO V

MATRIZ CURRICULAR DO CURSO DE APERFEIÇOAMENTO DE MULTIPLICADORES EM MANEJO CLÍNICO DO DIABETES MELLITUS E HIPERTENSÃO ARTERIAL, E PARA O CUIDADO INTEGRAL NO PRÉ-NATAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Módulos	Conteúdo geral	Modalidade	Total de horas
1	Metodologias Educacionais para a Formação de Multiplicadores na APS	EAD Síncrono	32
2	Bases Conceituais para o Manejo Clínico do Diabetes Mellitus, Hipertensão Arterial, e cuidado no Pré-natal na APS	EAD Síncrono	28
3	Prática Assistencial sobre Manejo Clínico do Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial na APS	EAD Síncrono	36
4	Prática Assistencial sobre Manejo Clínico da Gestação, Parto e Puerpério na APS	EAD Síncrono	32
5	Aplicação de conceitos e Prática Assistencial sobre Manejo Clínico na APS	Presencial	32
6	Autocuidado apoiado	EAD Assíncrono	20

ANEXO VI

TERMO DE ADESÃO DO(A) PROFISSIONAL DA SAÚDE AO CURSO DE APERFEIÇOAMENTO DE MULTIPLICADORES PARA O MANEJO CLÍNICO DO DIABETES MELLITUS E HIPERTENSÃO ARTERIAL, E PARA O CUIDADO INTEGRAL NO PRÉ-NATAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Declaro, para os devidos fins, que eu, _____, inscrito(a) no Cadastro de Pessoa Física (CPF) sob o nº _____, exerço a atividade de _____ na Unidade _____, inscrita no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) sob o nº _____, que atuo no Sistema Único de Saúde (SUS) desde _____ de _____, e tenho ciência das obrigações inerentes à participação no curso de aperfeiçoamento de multiplicadores para o manejo clínico do Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial, e para o cuidado integral Pré-natal na Atenção Primária à Saúde e, nesse sentido, COMPROMETO-ME a:

I. Realizar a entrega total de 2 (dois) produtos, sendo estes submetidos à validação dos docentes do curso de aperfeiçoamento:

A. Produto 1 – Plano de Multiplicação consistindo na elaboração de um documento detalhado de como e quando cada multiplicador vai aplicar as oficinas na APS, contemplando todas as ações educacionais que foram realizadas no curso de aperfeiçoamento;

B. Produto 2 – Portfólio de Competências consistindo na criação de um documento individual no qual cada participante evidencia o progresso e a evolução de suas competências ao longo do curso.

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).

IV. Ter comprometimento e disponibilidade para frequentar as atividades do curso, disponibilizando 04 horas semanais para acompanhamento das aulas, nos seguintes dias da semana e horários: _____

V. Alinhar com a coordenação imediata o período e carga horária em que as aulas online síncronas ocorrerão, de acordo com o curso no qual estará matriculado, conforme o cronograma

e conteúdo programático, a distribuição da carga horária, o monitoramento e a avaliação das atividades do curso, que serão definidos pela AHMV em articulação com representantes do Conselho Nacional de Secretários de Saúde, da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde e da Secretaria de Atenção Primária à Saúde do Ministério da Saúde;

VI. Ter comprometimento e disponibilidade para replicar o conhecimento adquirido junto às equipes de saúde da APS.

_____, ____ de _____ de 2025.

Nome e assinatura do(a) profissional de saúde

Nome e assinatura do(a) Coordenador da APS

ANEXO VII

**DECLARAÇÃO COMPROBATÓRIA DE EXERCÍCIO NA FUNÇÃO DE PROFISSIONAL DA ÁREA DA
SAÚDE QUE ATUA NAS UNIDADES DE SAÚDE DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

Declaro, sob as penas da lei, para fins de habilitação no processo de seleção nº _____, de _____ de _____ de 2025, que o(a) profissional _____ inscrito(a) no Cadastro de pessoa Física (CPF) sob o nº _____, exerce a função de _____ na Unidade _____, inscrita no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) sob o nº _____ desde o mês _____ do ano _____, até o mês _____ do ano _____, totalizando _____ meses de atuação.

_____, _____ de _____ de 2025.

Nome e assinatura do(a) profissional de saúde

(Nome e assinatura do(a) Coordenador(a) da Unidade ao qual o profissional está vinculado)

ANEXO VIII

TERMO DE CESSÃO DE USO DE IMAGEM E DA PROPRIEDADE INTELECTUAL

CEDENTE: [Nome completo], [Nacionalidade], [Profissão], [Profissão], CPF no [cpf], residente [Endereço], CEP [cep].

CESSIONÁRIA: ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR MOINHOS DE VENTO, entidade filantrópica, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ sob o nº 92.685.833/0001-51, com sede na Rua Ramiro Barcelos, nº 910, Porto Alegre/RS, representada neste ato conforme seu Estatuto Social.

Pelo presente instrumento particular, o(a) **CEDENTE** autoriza o uso da sua imagem e voz, bem como cede a propriedade intelectual/direitos autorais, especialmente, o que for ministrado durante os cursos do **Processo Seletivo N° 01 de 12 de maio de 2025**. A presente autorização é concedida a título gratuito, definitivo, irrevogável e irretratável, abrangendo o uso de imagem e voz do(a) **CEDENTE** em qualquer tipo de mídia, inclusive impressa, televisiva, radiofônica e digital, tais como website da **CESSIONÁRIA** e dos projetos em questão. Fica também autorizada a execução de montagem das fotografias e edição dos vídeos, podendo a **CESSIONÁRIA** proceder com cortes, adequações e fixações que entender necessárias. Ainda, fica autorizada a cessão a título gratuito, definitivo, irrevogável e irretratável dos direitos intelectuais/direitos autorais sobre todas as informações e conhecimentos dos trabalhos desenvolvidos, e de toda e qualquer documentação e produtos gerados. O material, a documentação e outras informações entregues pela **CEDENTE** passarão a ser propriedades da **CESSIONÁRIA**, podendo a **CESSIONÁRIA**, a seu livre critério, cedê-los ou transferi-los a terceiros. Por esta ser a expressão de vontade do (a) **CEDENTE**, fica aqui declarado que este(a) autoriza o uso acima descrito sem que nada haja a ser reclamado a título de direitos conexos ou de qualquer outro pagamento e/ou remuneração que seja. E por estarem assim, de pleno acordo, assim as Partes o presente termo em 2(duas) vias, de iguais teor e forma, para todos os efeitos legais, na presença de 2 (duas) testemunhas.

_____, _____ de _____ de 2025.

[Nome]

CEDENTE

ANEXO IX

FORMULÁRIO PARA INTERPOSIÇÃO DE RECURSO - PROCESSO SELETIVO N° 01 DE 12 DE MAIO DE 2025.

Nome completo:
RG:
Endereço completo:
Telefones:
E-mail:

Questionamento:

_____, ____ 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 manejoclinicoaps@hmv.org.br, na data estipulada no cronograma deste Processo Seletivo e que CONTENHA NO CAMPO ASSUNTO DO E-MAIL a seguinte descrição: RECURSO - Processo Seletivo N° 01 de 12 de maio de 2025.

ID 30239 - Edital nº 04 - Processo Seletivo nº 1 de 12 de maio de 2025 - Manejo Clínico na APS

Código do documento 93438a1b-dbc1-4b52-bba9-e5c568ec219e



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

09 May 2025, 11:27:33

Documento 93438a1b-dbc1-4b52-bba9-e5c568ec219e **criado** por DANIELLE DA ROCHA PADILHA (5be10dab-953b-4a50-a946-bff3ef721734). Email: danielle.padilha@hmv.org.br. - DATE_ATOM: 2025-05-09T11:27:33-03:00

09 May 2025, 11:31:58

Assinaturas **iniciadas** por DANIELLE DA ROCHA PADILHA (5be10dab-953b-4a50-a946-bff3ef721734). Email: danielle.padilha@hmv.org.br. - DATE_ATOM: 2025-05-09T11:31:58-03:00

09 May 2025, 11:34:36

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: 23176) - **Geolocalização: -30.0244874 -51.2097886** - Documento de identificação informado: 960.829.920-91 - DATE_ATOM: 2025-05-09T11:34:36-03:00

09 May 2025, 11:35:19

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: 11116) - Documento de identificação informado: 074.436.777-82 - DATE_ATOM: 2025-05-09T11:35:19-03:00

Hash do documento original

(SHA256):215a382a01a18d5887c660ec0ecfdd22d1dbf061ec51bb95cebc38cbab9f3165

(SHA512):6d76841348e9195c96ca8d686e14067d7f55d899fc4ece07a3fe1925ad2b4c65eca78410d21e83a8c9747afe9f5a6d5ae82f95aad9b2805205da0ed43d10aaf4

Documento enviado em cópia para:

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

vanessa.nascimento@hmv.org.br
camille.brum@hmv.org.br
louise.hoffmeister@hmv.org.br
annelise.kruger@hmv.org.br
vanessa.santos@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**.
