

**DÉCIMA CONVOCAÇÃO PARA ENVIO DE DOCUMENTOS COMPROBATÓRIOS e ADEÇÃO AO PROGRAMA
ESTADUAL DE BOLSAS ESTUDO, PESQUISA E EXTENSÃO TECNOLÓGICA NO SUS**

EDITAL ICEPi/SESA Nº 028/2021

PROCESSO SELETIVO DE PRECEPTORES PARA OS PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL

1. A convocação para envio de documentos comprobatórios e Adesão ao Programa Estadual de Bolsas **NÃO** garante que o candidato iniciará atividades, o que ocorrerá de acordo com a disponibilidade de vagas destinadas ao Programa Estadual de Residência em Saúde.
2. Os profissionais receberão a bolsa somente a partir da assinatura do Plano de Trabalho Individual, que ocorrerá de acordo com a disponibilidade de vagas destinadas ao Programa Estadual de Residência em Saúde, e caso esteja realizando Preceptoria direta de residentes, sendo a bolsa suspensa no período em que não houver residentes sob sua supervisão.
 - 2.1. Candidatos que não forem convocados para iniciar atividades não receberão bolsa.
3. Os candidatos que realizem Adesão ao Programa Estadual de Bolsas poderão iniciar atividades de preceptoria no prazo estabelecido para vigência do Edital ICEPi Nº 028/2021, conforme necessidade do ICEPi.
4. O candidato convocado terá o prazo de **24 a 27/02/2023** (conforme Cronograma – ANEXO I) para encaminhar para o email edital.prs.icepi@gmail.com os seguintes documentos digitalizados em formato PDF (**Atenção: cada arquivo deve estar em formato PDF e ter no máximo 1MB**):
 - 4.1. **Comprovante de Inscrição no processo seletivo (gerado pelo SISTEMA DE SELEÇÃO DE DESIGNAÇÃO TEMPORÁRIA);**
 - 4.2. **Termo de Adesão Ao Programa Estadual de Bolsas (Conforme ANEXO II desta Convocação);**
 - 4.3. **Documento de identificação com foto, conforme Lei nº 12.037/2009 (frente e verso num único arquivo);**
 - 4.4. **CPF;**
 - 4.5. **Certidão de Casamento, caso haja alteração de nome em relação aos documentos apresentados;**
 - 4.6. **Diploma de graduação de Instituições credenciadas pelo Ministério da Educação (frente e verso num único arquivo);**
 - 4.6.1. Os cursos realizados no exterior só terão validade quando acompanhados por documento expedido por tradutor juramentado e reconhecido pelo Ministério da Educação (MEC).
 - 4.7. **Certificado de Conclusão de Pós-graduação *lato sensu* (Especialização/Residência) OU *stricto sensu* (Mestrado ou Doutorado) emitido por órgão legalmente reconhecido nas áreas específicas;**
 - 4.7.1. Será aceito diploma ou certificado atestando que o curso atende às normas da Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996 (Lei de Diretrizes e Bases da Educação), do Conselho Nacional de Educação (CNE), ou está de acordo com as normas do extinto Conselho Federal de Educação (CFE).
 - 4.7.1.1. O candidato deverá encaminhar a frente e o verso do documento (frente e verso num único arquivo).
 - 4.7.2. Também será aceita declaração de conclusão de pós-graduação em nível de Especialização, Mestrado e Doutorado, acompanhada do respectivo histórico escolar, no qual conste a carga horária do curso, as disciplinas cursadas com as respectivas menções, a comprovação da apresentação e aprovação da monografia, dissertação ou tese.
 - 4.7.2.1. A declaração deverá também atestar que o curso atende às normas da Lei nº 9.394/1996, do CNE, ou está de acordo com as normas do extinto CFE. Caso o histórico escolar ateste a existência de alguma pendência ou falta de requisito de conclusão do curso, o certificado/declaração não será aceito.
 - 4.7.3. O Certificado de curso de pós-graduação *lato sensu* em nível de especialização deverá apresentar a carga horária mínima de 360h.
 - 4.7.4. Quando o nome do candidato for diferente do constante dos documentos apresentados, deverá ser anexado comprovante de alteração do nome (por exemplo: certidão de casamento).

GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE – SESA

INSTITUTO CAPIXABA DE ENSINO, PESQUISA E INOVAÇÃO EM SAÚDE – ICEPi/SESA

- 4.7.5. Os cursos realizados no exterior só terão validade quando acompanhados por documento expedido por tradutor juramentado e reconhecido pelo Ministério da Educação (MEC).
- 4.8. **Certidão de regularidade junto ao Conselho Profissional da região em que atua. A certidão deverá estar válida no ato de apresentação da documentação. Não será aceita a carteira de registro profissional;**
- 4.9. **Comprovante de quitação eleitoral;**
- 4.10. **Comprovante de residência (moradia) ou declaração de residência (moradia);**
- 4.11. **Comprovante de Situação Cadastral no CPF;**
- 4.12. **Certidão negativa de débito Estadual e da União;**
- 4.13. **Número de Identificação Social (NIS) ou Consulta impressa da Qualificação Cadastral (caso já tenha PIS/PASEP) pelo site: <http://consultacadastral.inss.gov.br/Esocial/pages/qualificacao/resultadoqualificacao.xhtml>;**
- 4.14. **Certificado de Reservista, sexo masculino;**
- 4.15. **Termo de anuência da chefia imediata conforme modelo (ANEXO III desta Convocação):**
- 4.15.1. O Termo de Anuência deverá ser assinado pela chefia do serviço indicado como campo de prática no ato de preenchimento do formulário eletrônico.
- 4.16. **Documento para fins de comprovação de inserção profissional no cenário de prática a que deseja pleitear vaga. A Comprovação dar-se-á da seguinte forma:**
- 4.16.1. Na área pública:
- 4.16.1.1. Documento expedido pelo Poder Público Federal, Estadual ou Municipal, conforme o âmbito da prestação da atividade, em papel timbrado, com carimbo do órgão expedidor datado e assinado pelo Departamento de Pessoal/Recursos Humanos de Órgãos ou Unidades Administrativas equivalentes especificando os cargos ou funções exercidas comprovando a atuação junto ao cenário de prática declarado e a carga horária exercida no cenário, OU;
- 4.16.1.2. Declaração emitida por sites oficiais que contenham autenticação eletrônica, especificando os cargos ou funções exercidas, comprovando a atuação junto ao cenário de prática declarado e a carga horária exercida no cenário.
- 4.16.2. Na iniciativa privada:
- 4.16.2.1. Cópia da carteira de trabalho (páginas de identificação com foto e dados pessoais e registro de contrato de trabalho vigente junto ao cenário de prática declarado), comprovando a atuação junto ao cenário de prática e a carga horária exercida no cenário, OU;
- 4.16.2.2. Declaração emitida pelo empregador contendo assinatura que identifique o responsável pela referida declaração, informando os cargos ou funções exercidas, comprovando a atuação junto ao cenário de prática declarado e a carga horária exercida no cenário.
- 4.17. **Declaração de compromisso, responsabilidade e habilidade conforme modelo (ANEXO IV desta convocação) preenchida e assinada;**
- 4.18. **Documento que identifique os dados bancários (número da conta e agência) e que o candidato seja o titular da conta;**
- 4.19. **Resumo do Currículo Lattes;**
- 4.20. **Documentos comprobatórios para fins de pontuação, declarados no ato da Inscrição, de acordo com o Edital ICEPi/SESA N° 028/2021.**
5. O candidato convocado que não apresentar documentação condizente com a informação prestada no ato da inscrição será ELIMINADO do processo seletivo.

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

6. O candidato que apresentar documentação incompleta, ilegível ou fora do prazo estabelecido será **ELIMINADO** do processo seletivo.
7. O candidato que encaminhar documentação fora do formato padrão (PDF) será **ELIMINADO** do processo seletivo.
8. A não comprovação dos requisitos e das informações declaradas no ato da inscrição eletrônica implicará na **ELIMINAÇÃO DO CANDIDATO**.
9. O candidato é responsável pela fidelidade e legitimidade das informações prestadas e dos documentos apresentados em qualquer fase do processo seletivo. A falsidade de qualquer documento apresentado ou a inverdade das informações nele contidas implicará imediata **ELIMINAÇÃO** do candidato que o tiver apresentado, ou, caso tenha sido selecionado, a cessação da vinculação de participação no Programa, sem prejuízo das demais sanções cabíveis.
10. É de inteira responsabilidade do candidato o encaminhamento de seus documentos e envio de suas informações. O ICEPi/SESA não se responsabilizará por eventuais prejuízos causados pelo preenchimento incorreto dos dados, nem pela não comprovação de informações causada por motivos de ordem técnica, falhas de comunicação ou congestionamento de linhas de comunicação que impossibilitem a transferência dos dados ou a impressão de documentos.
11. O resultado da análise de documentação comprobatória será publicada no endereço eletrônico <https://icepi.es.gov.br/editais/abertos>, na data provável de **28/02/2023**.

Vitória/ES, 24 de fevereiro de 2023.

FABIANO RIBEIRO DOS SANTOS

Diretor Geral

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

Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo

ANEXO I

CRONOGRAMA

ETAPAS	DATA
Publicação de Convocação para envio de documentos comprobatórios	24/02/2023
Prazo para envio de documentos comprobatórios	24 a 27/02/2023
Resultado da análise de documentos comprobatórios	28/02/2023
Recurso da análise de documentos comprobatórios	01 e 02/03/2023
Resultado do Recurso da análise de documentos comprobatórios	03/03/2023
Início das Atividades	Poderão ser iniciadas no prazo de vigência do Edital ICEPi N° 028/2021, conforme necessidade do ICEPi

O cronograma poderá sofrer alterações no decorrer do processo seletivo, serão publicadas no site www.selecao.es.gov.br ou <https://icepi.es.gov.br/editais/abertos>

ANEXO II

Termo de Adesão ao Programa Estadual de Bolsas de Estudo, Pesquisa e Extensão Tecnológica no SUS

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

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

Eu, _____, portador (a) do CPF nº _____ – RG nº _____
Órgão Expedidor _____ UF _____, declaro estar ciente de que estou aderindo ao Programa Estadual de Bolsas de Estudo e Pesquisa e Extensão Tecnológica no SUS, na função de **Preceptor** do **PROGRAMA ESTADUAL DE RESIDÊNCIA EM SAÚDE (MÉDICAS, MULTIPROFISSIONAIS E EM ÁREA PROFISSIONAL DA SAÚDE)**.

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

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

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

- Que apesar de aderir ao Programa Estadual de Bolsas de Estudo e Pesquisa e Extensão Tecnológica no SUS através da assinatura deste Termo, o início de atividades apenas se dará a partir da assinatura do Plano de Trabalho Individual, que ocorrerá de acordo com a disponibilidade de vagas destinadas ao Programa Estadual de Residência em Saúde, e da confirmação de reserva orçamentária;
- Que devo cumprir integralmente as atividades previstas no Plano de Trabalho Individual, incluindo as atividades práticas, teóricas e à distância, aprovado e validado pelo Instituto Capixaba de Ensino, Pesquisa e Inovação em Saúde - ICEPi, no período de vigência do Plano de Trabalho Individual. Observando as avaliações a que estará submetido e o cumprimento atividades previstas no mesmo;
- Que apenas receberei Bolsa a partir da assinatura do Plano de Trabalho Individual, e caso esteja realizando Preceptoria direta de residentes;
- Que devo realizar pesquisa científica de relevância para a Rede Estadual de Saúde do Estado do Espírito Santo, apontando inovações, que aponte melhoria na resolutividade e humanização das ações em Saúde;
- Que caso venha a publicar trabalho em evento e/ou encaminhar a periódico científico, devo fazer referência à condição de Bolsista do Programa Estadual de Bolsas de Estudo e Pesquisa e Extensão Tecnológica no SUS do Instituto Capixaba de Ensino, Pesquisa e Inovação em Saúde - ICEPi;
- Que em caso de não cumprimento das atividades previstas, automaticamente me desvinculo do Programa Estadual de Bolsas de Estudo e Pesquisa e Extensão Tecnológica no SUS;

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

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

Vitória/ES, _____ de _____ de 2022.

Assinatura do Profissional

ANEXO III
Termo de Anuência da Chefia Imediata

TERMO DE ANUÊNCIA DA CHEFIA IMEDIATA

Declaro que o profissional _____, Nº de Matrícula _____, lotado em _____ está autorizado a desenvolver as atividades de preceptoria previstas no Plano de Trabalho Individual referente ao Programa de Residência Multiprofissional em _____.

Caso o(a) trabalhador(a) seja aprovado(a) no processo seletivo, comprometo-me a permitir que o profissional possa desenvolver as atividades de preceptoria, de forma a cumprir com o Plano de Trabalho Individual estabelecido pelos Programas de Residência em Saúde.

(Município), _____ de _____ de 20_____.

(Nome completo da chefia imediata)
(Cargo da chefia imediata)
(Carimbo da chefia imediata)

ANEXO IV
Declaração de Compromisso, Responsabilidade e Habilidade

Eu, _____, CPF Nº _____ declaro para fins de participação no processo seletivo para Preceptor(a) dos Programas de Residência em Saúde, ofertados pelo Instituto Capixaba de Ensino, Pesquisa e Inovação em Saúde – ICEPi/SESA, que:

- (1) Caso selecionado, cumprirei as atribuições do Preceptor(a), os termos pactuados em Plano de Trabalho Individual e Termo de Adesão à Bolsa de Apoio à Difusão do Conhecimento;
- (2) Caso selecionado, terei comprometimento e disponibilidade para atuar e desenvolver as atividades como PRECEPTOR(A);
- (3) Participarei da formação permanente dos Preceptores, conforme pactuado junto a gestão dos Programas de Residência em Saúde;
- (4) Possuo habilidade para utilização computadores/internet, principalmente na utilização do pacote office, google apps, plataformas de comunicação online, etc.
- (5) Tenho conhecimento de que serei avaliado e poderei ser desligado dos Programas de Residência em Saúde.

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

(Município), _____ de _____ de 20____.

(Assinatura do Candidato)

**DÉCIMA CONVOCAÇÃO PARA ENVIO DE DOCUMENTOS COMPROBATÓRIOS e ADESAO AO PROGRAMA
ESTADUAL DE BOLSAS ESTUDO, PESQUISA E EXTENSÃO TECNOLÓGICA NO SUS**

1. PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE COLETIVA

a. CENÁRIO DE PRÁTICA: REGIÃO METROPOLITANA – NÚCLEO ESPECIAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

Posição	Nome	Inscrição
1	Livia Rosas Ferreira	1695549
2	Najla Gomes Nagib Paulo	1695514
3	Gislayne Garcia Gomes	1694945
4	Dagmar De Oliveira Souza	1695543
5	Sarah Leticia Bello Lemos Martins	1695505
6	Priscila Endlich Lozer	1695497
7	Juliana Silva Oliveira Trabach	1695539
8	Marisol Gomes Garcia De Moraes Volpato	1695351
9	Carolina Silva De Andrade	1695520
10	Juliana Rosa Sirtoli	1695537
11	Anamelia Soriano Nunes Maia	1695546
12	Emanuelly Lopes Vaz	1694939
13	Clarissa De Oliveira Costa	1695550
14	Carolini Tessarolo Ramos	1695358
15	Danila De Cássia Resende	1695394
16	Liliana Cardozo Da Silva Gomes	1694850

b. CENÁRIO DE PRÁTICA: SUPERINTENDÊNCIA DA REGIÃO SUL - VIGILÂNCIA AMBIENTAL

Posição	Nome	Inscrição
2	Veronica Lima Dos Santos	1695193
3	Angélica Moreira Saldanha Liduino	1694838
4	Vanessa Toledo Goncalves	1694718
5	Josiane Oliveira Da Silva	1695427
6	Gabriella Pontes Da Costa	1694661