

**PROCESSO SELETIVO Nº 03/2025 DE 17 DE NOVEMBRO DE 2025**  
**PARA FORMAÇÃO DE CADASTRO DE RESERVA DE TUTORES(AS) PARA O CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM**  
**PRECEPTORIA DE RESIDÊNCIA MÉDICA – EAD**

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 na Rua Ramiro Barcelos, 910 – Moinhos de Vento – CEP 90.560-032 – Porto Alegre/RS, em parceria com o Ministério da Saúde (MS), no âmbito 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 Formação de Cadastro de Reserva de Tutores para o **Curso de Especialização em Preceptoria de Residência Médica**.

## **1. DO OBJETIVO**

**1.1.** Este processo seletivo destina-se à formação de cadastro de reserva de profissional médico(a) com expertise na área educacional para atuação como tutor(a) no Curso de Especialização em Preceptoria de Residência Médica, cuja vigência do projeto estende-se até outubro de 2026.

## **2. DO OBJETO**

**2.1.** Este Processo Seletivo tem como objeto a Formação de Cadastro de Reserva para atuar como tutor(a) educacional no curso de Especialização em Preceptoria de Residência Médica – modalidade EaD.

**2.2.** As atribuições do(a) tutor(a) incluem:

- A mediação didático-pedagógica;
- Condução de atividades síncronas e assíncronas no ambiente virtual de aprendizagem (*Moodle*),
- Acompanhamento individualizado dos cursistas;
- Fornecimento de feedbacks;
- Suporte técnico-pedagógico;
- Elaboração de relatórios, conforme o cronograma e as orientações da coordenação do curso.

**2.3.** A convocação dos(as) candidatos(as) selecionados(as) será realizada conforme a necessidade e o período de vigência do projeto.

## **3. DA OFERTA DE VAGAS**

**3.1.** Serão ofertadas **20** (vinte) vagas para a contratação de profissionais médicos(as) para atuação como tutores(as) no Curso de Especialização em Preceptoria de Residência Médica – EAD.

**3.2.** Os(as) candidatos(as) deverão se inscrever conforme o item 6, respeitando o cronograma descrito no ANEXO 1.

**3.3** As vagas das ações afirmativas serão oferecidas em cima do 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 estabelecido a seguinte distribuição de vagas para grupos historicamente sub-representados:

- 6 vagas destinadas a pessoas autodeclaradas negras;
- 1 vaga destinadas a pessoas indígenas;
- 1 vaga destinadas a pessoas quilombolas;
- 2 vagas destinadas a pessoas com deficiência;
- 1 vaga destinadas a pessoas trans (travestis, transexuais e transgêneros).

**3.3.1.** O(a) candidato(a) que optar pela vaga reservada à pessoa autodeclarada negra deverá anexar a autodeclaração no ato da inscrição (**ANEXO 3**), podendo esta ser verificada pela banca de heteroidentificação.

**3.3.2.** 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 4**).

**3.3.3.** 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 de Indígenas - RANI ou declaração de pertencimento emitida pelo grupo indígena assinada por liderança local (**ANEXO 5**).

**3.3.4.** 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 6**).

**3.3.5.** O(a) candidato(a) que optar pela vaga reservada à pessoa autodeclarada trans, deverá anexar, no ato da inscrição, cópia da autodeclaração, conforme **ANEXO 7**.

**3.3.6.** 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 à ampla concorrência.

**3.3.7.** 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.

**3.3.8.** O(a) candidato(a) que não declarar sua condição por ocasião no prazo definido não poderá, posteriormente, interpor recurso em favor da sua situação.

**3.3.9.** 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.

**3.3.9.1.** 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.

**3.4.** 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.

**3.5** 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.

#### **4. REMUNERAÇÃO**

**4.1.** O valor da prestação de serviço será de **R\$3.500,00** (três mil e quinhentos reais) por mês, valor referente ao atendimento de uma (1) turma e carga horária de **32** (trinta e duas) horas mensais.

**4.1.1.** Em caso de contratação na modalidade de Pessoa Física, o valor poderá sofrer os descontos legais aplicáveis.

#### **5. DOS CRITÉRIOS DE ADMISSIBILIDADE**

**5.1.** O processo seletivo terá abrangência nacional e contemplará aqueles(as) que atendam aos seguintes requisitos:

- a)** Nacionalidade brasileira ou estrangeira na forma da legislação federal;
- b)** Graduação em Medicina em escola brasileira ou, se diplomado no exterior, ter diploma reconhecido pelo Ministério da Educação (MEC);
- c)** Experiência profissional comprovada na área de formação de, no mínimo, dois anos;
- d)** Experiência profissional comprovada em preceptoria de residência médica de, no mínimo, dois anos.

#### **6. DAS INSCRIÇÕES**

**6.1.** As inscrições deverão ser realizadas, exclusivamente, por meio do formulário de inscrição eletrônico, acessível após a criação de login na plataforma, disponível no endereço eletrônico: <https://editais.hmv.org.br/>;

**6.1.1.** Ao acessar o site <https://editais.hmv.org.br/> o(a) candidato(a) deverá clicar em 'Inscreva-se' e seguir os passos indicados no site.

**6.2.** Antes de efetuar a inscrição, o(a) candidato(a) deverá certificar-se de que preenche todos os requisitos de admissibilidade constantes neste edital e concordar com os termos exigidos, não podendo atribuir à **AHMV** qualquer responsabilidade quanto à inobservância dos requisitos apresentados.

**6.3.** O(a) candidato(a) é responsável pelas informações apresentadas no formulário de inscrição, arcando com as consequências de eventuais erros e/ou do não preenchimento de qualquer de seus campos. Não poderá imputar quaisquer responsabilidades, nesse sentido, à **AHMV**, devendo também comprometer-se com a veracidade dos dados informados.

**6.4.** Serão consideradas válidas apenas as inscrições realizadas dentro do período estabelecido no cronograma, desde que o(a) candidato(a) anexe ao formulário de inscrição a documentação obrigatória, digitalizada em formato PDF, conforme especificado a seguir:

**6.4.1.** RG e CPF;

**6.4.2.** Certidão de quitação eleitoral;

**6.4.3.** Comprovante de documento de regularidade com as obrigações militares (se do sexo masculino);

**6.4.4.** Currículo Lattes atualizado (no ano corrente);

**6.4.5.** Diploma de Graduação (frente e verso);

**6.4.6.** Carteira de Registro no Conselho Profissional, bem como Certidão de Regularidade da inscrição profissional;

**6.4.7.** Comprovante de experiência profissional na área de formação – contendo nome da instituição, período de atuação, carimbo e assinatura do responsável;

**6.4.8.** Comprovante de experiência como preceptor em Programa de Residência Médica, fornecido pela instituição de ensino e constando a descrição do período;

**6.4.9.** Termo de compromisso do(a) Tutor(a), **ANEXO 2**.

**6.5.** Todas as informações referentes ao Processo Seletivo estarão disponíveis no endereço eletrônico: <https://editais.hmv.org.br/>.

**6.6.** A **AHMV** não se responsabilizará por solicitações de inscrição não recebidas por motivo de ordem técnica dos equipamentos eletrônicos, falhas de comunicação, congestionamento das linhas de

comunicação, ou outros fatores técnicos que impossibilitem a transferência de dados durante o período de inscrição.

**6.7.** É de inteira responsabilidade do(a) candidato(a) o fornecimento das informações, o correto preenchimento do formulário eletrônico de inscrição (presente no endereço eletrônico: <https://editais.hmv.org.br/>) e dos demais formulários constantes nos anexos deste edital.

**6.8.** A AHMV se reserva o direito de excluir o(a) candidato(a), a qualquer tempo, assegurados o contraditório e a ampla defesa, caso sejam identificadas informações incompletas, incorretas, ilegíveis ou inverídicas, bem como a apresentação de documentos incompletos, desatualizados, ilegíveis, corrompidos ou em formato diverso do solicitado.

## 7. DOS CRITÉRIOS DE CLASSIFICAÇÃO E SELEÇÃO

**7.1.** A seleção será composta por duas etapas, sendo a **Primeira Etapa – Análise do Currículo, de caráter classificatório e eliminatório**, e a **Segunda Etapa – Entrevista, de caráter classificatório**, conforme pontuação atribuída no quadro abaixo:

**Quadro 1 – Pontuação dos Instrumentos de Avaliação.**

Instrumento de Seleção	Pontuação
1ª Etapa – Análise do Currículo	4
2ª Etapa – Entrevista com equipe do projeto	6

**7.2.** Poderão participar da Primeira Etapa todos os(as) candidatos(as) que atenderem aos requisitos de admissibilidade estabelecidos neste edital e que, no ato da inscrição, anexarem a documentação obrigatória, conforme prazos definidos no cronograma (**ANEXO 1**).

**7.3.** Na **Primeira Etapa – Análise do Currículo**, cabe à Comissão de Seleção atribuir pontuação com base na documentação comprobatória apresentada, conforme critérios a seguir:

**Quadro 2 – Avaliação do Currículo (Pontuação Máxima = 4 pontos).**

Tópicos Avaliados	Critério de Pontuação	Pontuação Máxima
Mestrado e/ou Doutorado	0,5 ponto/título	1,0
Especialização em Preceptoría, Educação e/ou Tutoria EaD (360 horas ou mais)	0,25 ponto/título	0,5
Cursos de formação em preceptoría, educação e/ou tutoria EaD (mínimo de 40 horas)	0,1 ponto/curso	0,2
Experiência como preceptor em Programa de Residência Médica	0,2 ponto/ano	0,8
Experiência em tutoria EaD	0,2 ponto/ano	1,0
Experiência docente	0,1 ponto/ano	0,5

**7.3.1.** Serão selecionados(as) para a Segunda Etapa todos(as) candidatos(as) classificados(as) na análise curricular, que obtiverem **pontuação mínima de 1,0 ponto** conforme Quadro 2 do item 7.3.

**7.4. A Segunda Etapa – Entrevista** terá caráter classificatório e atribuirá até 6 (seis) pontos, conforme o Quadro 3 deste item. Será aplicada exclusivamente aos(às) candidatos(as) previamente selecionados(as) na Primeira Etapa, ou seja, todos(as) os(às) candidatos(as) classificados(as), conforme previsto no item 7.3.1.

**Quadro 3 – Avaliação da Entrevista (Pontuação Máxima = 6 pontos)**

<b>Tópico Avaliado</b>	<b>Critério de Avaliação</b>	<b>Pontuação Máxima</b>
Motivação e disponibilidade	Clareza quanto aos motivos para atuar como tutor(a), comprometimento com a carga horária e prazos estabelecidos	1,0
Capacidade de comunicação e expressão	Fluência verbal, objetividade, clareza, organização e coerência na exposição de ideias	1,0
Conhecimento sobre a função de tutoria EaD e/ou preceptoria	Demonstra conhecimento e compreensão adequada do papel do(a) tutor(a)/preceptor(a) em processos formativos, especialmente na modalidade EaD	1,5
Experiências relevantes e articulação com a função pretendida	Capacidade de relacionar experiências prévias à atuação como tutor(a), com exemplos concretos	1,0
Habilidades para mediação pedagógica e resolução de conflitos	Demonstra habilidades para lidar com estudantes, mediação de interações e solução de desafios no ambiente educacional	1,0
Alinhamento com os princípios do SUS, da educação permanente e da equidade	Demonstra entendimento e compromisso com os princípios do SUS, da Educação Permanente em Saúde e das estratégias de equidade	0,5

**7.4.1.** As entrevistas ocorrerão por meio de webconferência, utilizando a ferramenta *Google Meet*, em data e horário a serem divulgados conforme o cronograma (**ANEXO 1**). Nesta etapa solicita-se a utilização de computador ou notebook para garantir melhor qualidade de áudio, vídeo e estabilidade da conexão.

**7.4.2.** O link de acesso será disponibilizado previamente via e-mail a cada candidato(a), por meio do endereço eletrônico informado no ato da inscrição.

**7.4.3.** As entrevistas poderão ser gravadas, e ao se inscrever no processo seletivo, o(a) candidato(a) autoriza sua gravação para fins de registro e avaliação.

**7.4.4.** O(a) candidato(a) deverá acessar o link da entrevista com, no mínimo, 15 (quinze) minutos de antecedência, a fim de garantir a regularidade da conexão.

**7.5.** Será eliminado(a) do processo seletivo o(a) candidato(a) que:

**7.5.1.** Não cumprir os prazos estabelecidos no cronograma;

**7.5.2.** Não apresentar os documentos obrigatórios previstos no item 6.4 deste edital;

**7.5.3.** Não atingir a pontuação mínima exigida no item 7.3 deste edital;

**7.5.4.** Atrasar-se por mais de 10 (dez) minutos ou não comparecer à entrevista.

**7.5.6.** Não utilizar, salvo em casos excepcionais, computador ou notebook para a realização da entrevista, conforme orientado no 7.4.1.

## **8. CRITÉRIO DE DESEMPATE**

**8.1.** Na hipótese de o número de candidatos(as) selecionados(as), após a classificação conforme os critérios estabelecidos no item 7 deste Edital, exceder o quantitativo de vagas previsto no item 3.1, aplicar-se-ão, sucessivamente, os seguintes critérios de desempate:

I – maior tempo de experiência em tutoria na modalidade de Educação a Distância (EaD);

II – maior tempo de experiência em preceptoria de residência médica;

III – maior nota obtida na análise curricular.

## **9. DO RESULTADO**

**9.1.** O resultado final dos(as) candidatos(as) selecionados(as) será publicado conforme o cronograma (**ANEXO 1**), no endereço eletrônico <https://editais.hmv.org.br>.

## **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.** O recurso deverá ser interposto no prazo previsto no cronograma (**ANEXO 1**), seguir o modelo de arquivo indicado no **ANEXO 8** e ser enviado para o endereço de e-mail [preceptoria.medica@hmv.org.br](mailto:preceptoria.medica@hmv.org.br).

**10.3.** Serão indeferidos pela **AHMOV** 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 edital.

**10.4.** Será admitido apenas um único recurso por candidato(a).

**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 1**;

**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. DAS CONDIÇÕES PARA CONTRATAÇÃO**

**11.1.** O(a) candidato(a) considerado apto(a) à contratação, conforme os critérios estabelecidos neste processo seletivo, deverá apresentar, **no momento da contratação**, a documentação completa correspondente à modalidade de contratação escolhida — Pessoa Jurídica ou Pessoa Física — conforme detalhado nos itens 11.2 e 11.3 a seguir.

**11.2.** São condições obrigatórias para a contratação como Pessoa Jurídica:

**11.2.1.** O(A) candidato(a) selecionado(a) no processo seletivo deverá integrar o quadro da Pessoa Jurídica indicada para a contratação, como representante legal e atuando como responsável pela execução das atividades de tutoria, conforme comprovação documental. A execução dessas atividades será de responsabilidade da Pessoa Jurídica contratada, sendo vedada a substituição do profissional indicado, bem como a delegação, substituição ou transferência dessas atribuições a terceiros.

**11.2.2.** A apresentação dos seguintes documentos (cópias):

- a)** Documentos constitutivos - Estatuto Social ou Contrato Social e suas respectivas alterações, devidamente registrados;
- b)** Cartão do CNPJ;
- c)** Comprovante de Inscrição Estadual, se aplicável;
- d)** Comprovante de Inscrição Municipal, se aplicável;
- e)** Alvará de localização e/ou funcionamento, emitido pela prefeitura;
- f)** Certidões negativas de débitos federal, estadual e municipal, vigentes na data da apresentação;
- g)** Cópia dos documentos do representante legal: RG e CPF vigentes na data da apresentação;
- h)** Dados bancários (informar: banco, agência e conta corrente, cuja titularidade deve ser da pessoa jurídica a firmar o contrato de prestação de serviços);



- i) Código tributário do serviço (aplicável apenas para prestadores de serviço);
- j) Certificado ou Declaração de Regularidade no Conselho Profissional, vigente na data da apresentação;
- k) Registro no Conselho Profissional - carteira profissional vigente à época da apresentação dos documentos;
- l) Contato de e-mail do representante legal para assinatura digital na plataforma D4sign (<https://d4sign.com.br>);
- m) Os profissionais que apresentam conselho registrado (CRM), devem apresentar certidão de PJ reconhecida junto ao conselho;
- n) Formulário de Contratação de Pessoa Jurídica (**ANEXO 9**), devidamente preenchido e assinado pelo representante legal, conforme exigido.

**11.3.** É condição obrigatória para a contratação de serviço de Pessoa Física a apresentação dos seguintes documentos (cópias):

- a) Comprovante de endereço atualizado (caso o comprovante esteja no nome de um terceiro, é necessário o envio de uma declaração de residência assinada, podendo ser feita a próprio punho);
- b) CPF e RG (se Casado(a), necessário comprovante de estado civil);
- c) Dados bancários (cheque, cabeçalho do extrato, foto do cartão sem código CVV);
- d) Registro no Conselho Profissional,;
- e) Certidão Regularidade do Conselho (válida),
- f) Comprovante de contribuição ao INSS do último mês, caso haja vínculo com alguma instituição.
- g) Diploma Graduação (frente e verso);
- h) Diploma da maior titulação (frente e verso) se houver;
- i) Comprovante de Consulta no E-SOCIAL (constar sem restrição) - Link de pesquisa e-social: <https://esociallote.dataprev.gov.br>; e
- j) Formulário de Contratação de Pessoa Física (**ANEXO 10**) devidamente preenchido e assinado pelo representante legal.

## **12. DAS RESPONSABILIDADES E DAS ATIVIDADES A SEREM DESENVOLVIDAS PELO(A) TUTOR(A)**

**12.1.** Participar dos momentos de orientação pedagógica *online* (oficinas e reuniões), considerando o tempo da agenda e a infraestrutura tecnológica necessária: conectividade, ambiente e equipamentos (microfone e webcam).

**12.2.** Saber utilizar ferramentas de comunicação por meio de mídias eletrônicas (*Google Meet, e-mail, Google Drive, Hangouts, etc.*).

**12.3.** Apropriar-se dos Termos de Referência (TR) dos Objetos de Aprendizagem do curso, a serem disponibilizados pela equipe do Projeto, dirimindo dúvidas quando se fizerem presentes.

**12.4.** Cumprir os prazos, conforme o cronograma do curso.

**12.5.** Cada tutor(a) será responsável por acompanhar até 32 alunos(as) por turma, podendo este número ser ampliado de acordo com a demanda, a disponibilidade do(a) profissional e com as diretrizes estabelecidas pela **AHMV**, pelo Ministério da Saúde ou por mudanças no contexto do projeto.

**12.6.** As atividades a serem desenvolvidas pelo(a) tutor(a) estão listadas nos itens a seguir.

**12.6.1.** Atuar como mediador(a) nos processos educacionais do curso de Especialização em Preceptoria de Residência Médica, através do ambiente virtual de aprendizagem *Moodle*, realizando intervenções pedagógicas e acompanhando a construção da aprendizagem de cada aluno(a), conforme as competências desejadas e os objetivos de aprendizagem previstos. O(A) tutor(a) terá como alunos(as): preceptores(as), coordenadores(as), residentes de último ano e demais profissionais médicos(as) que atuam nos espaços de formação dos programas de residência médica matriculados(as) no curso.

**12.6.2.** Realizar atividades síncronas com os(as) alunos(as) para apresentações e esclarecimentos dos 3 (três) produtos (atividades avaliativas), conforme carga-horária estipulada na matriz curricular do curso.

**12.6.3.** Acompanhar a participação dos(as) alunos(as) nas atividades síncronas e assíncronas no Ambiente Virtual de Aprendizagem (AVA) *Moodle* identificando seus avanços e dificuldades no sentido de lhes fornecer *feedback* e realizando o esclarecimento das dúvidas, através de retorno em até 24 horas úteis.

**12.6.4.** Realizar *feedback* individualizado que contribua na qualificação da produção do(a) aluno(a), bem como no seu engajamento e bom desempenho no curso, zelando pela qualidade da formação.

**12.6.5.** Acompanhar os processos de aprendizagem, orientando e promovendo espaços de construção colaborativa de conhecimento.

**12.6.6.** Adotar uma comunicação empática e dialógica no contato com o(a) aluno(a) e estimular o desenvolvimento das atividades do mesmo no AVA *Moodle* e nos encontros síncronos.

**12.6.7.** Facilitar a interação do(a) aluno(a) com o AVA *Moodle*, esclarecendo sobre suas ferramentas e recursos disponíveis, bem como solicitando o apoio da equipe do projeto quando se fizer necessário.

**12.6.8.** Elaborar relatório de suas atividades, conforme modelo fornecido pelo projeto.

**12.7** Ao ser contratado(a), o(a) tutor(a) autoriza a gravação das atividades relacionadas à orientação técnica e pedagógica, bem como dos encontros síncronos e reuniões com a equipe do projeto, com a finalidade de registro.

### 13. DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

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

**13.2.** É vedada a participação de funcionários(as) da **AHMV** neste processo seletivo.

**13.3.** O processo seletivo terá validade até 09/10/2026, a contar da data da publicação e homologação do mesmo.

**13.4.** Para todos os efeitos deste processo seletivo, será adotado o horário oficial de Brasília/DF.

**13.5.** A participação do(a) candidato(a) implica o conhecimento e a aceitação tácita das instruções deste edital, bem como das normas legais aplicáveis.

**13.6.** Cabe a **AHMV** a resolução de casos omissos, situações não previstas, bem como adequações necessárias em observância ao disposto neste processo seletivo.

**13.7.** As dúvidas deverão ser enviadas, exclusivamente, para o endereço eletrônico [preceptorica.medica@hmv.org.br](mailto:preceptorica.medica@hmv.org.br).

Porto Alegre, 13 de novembro de 2025.

admilson.reis@hmv.org.br

Assinado

 ADMILSON REIS DA SILVA

**Admilson Reis da Silva**

D4Sign

Superintendente de Responsabilidade Social e Gestão de Riscos

Associação Hospitalar Moinhos de Vento

daniela.dossantos@hmv.org.br

Assinado

 Dani Santos

**Daniela Cristina dos Santos**

D4Sign

Coordenadora PROADI-SUS

Associação Hospitalar Moinhos de Vento

**ANEXO 1**  
**CRONOGRAMA DO PROCESSO SELETIVO**

ETAPAS	PERÍODO
Período de inscrição e análise de currículo - Primeira etapa	17/11/2025 a 23/11/2025
Divulgação da lista de inscrições homologadas - Preliminar	26/11/2025
Interposição de recursos da lista preliminar de inscrições homologadas	27/11/2025
Divulgação do resultado final da Primeira etapa e divulgação do horário das entrevistas	28/11/2025
Período de realização da Segunda etapa - entrevista individual	01/12/2025 a 12/12/2025
Publicação do resultado da Segunda etapa: entrevista - Preliminar	15/12/2025
Interposição de recurso de resultado da Segunda etapa: entrevista	16/12/2025
Publicação do resultado dos(as) selecionados(as) para cadastro reserva - Final	<b>18/12/2025</b>

**Obs:** Todos os envios de documentos e publicações serão realizados até às 23 (vinte e três) horas e 59 (cinquenta e nove) minutos (horário de Brasília) da data estipulada neste Cronograma.

**Importante:** o cronograma poderá sofrer alterações, a critério da AHMV ou do Ministério da Saúde, se necessário, com a devida divulgação nos canais oficiais de informação deste processo seletivo, por meio do endereço eletrônico: <https://editais.hmv.org.br/>.

## ANEXO 2

### TERMO DE COMPROMISSO DO(A) TUTOR(A)

Declaro, para os devidos fins, que eu, \_\_\_\_\_, inscrita(o) no Cadastro de Pessoa Física (CPF) sob o número \_\_\_\_\_, COMPROMETO-ME que disponho do tempo necessário conforme demanda do projeto em horário comercial, conexão de internet de qualidade e infraestrutura tecnológica adequada para realização das atividades listadas no item 12.

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

---

Assinatura do(a) candidato(a)

**ANEXO 3**

**FORMULÁRIO PARA PESSOA AUTODECLARADA NEGRA**

Eu, \_\_\_\_\_, CPF \_\_\_\_\_, RG \_\_\_\_\_, declaro, para os fins específicos de atendimento a seleção do Curso de Especialização de Preceptoria em Residência Médica, 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 4**  
**FORMULÁRIO PARA PESSOA COM DEFICIÊNCIA**

Eu, \_\_\_\_\_, CPF \_\_\_\_\_, RG \_\_\_\_\_, declaro, para os fins específicos de atendimento a seleção do Curso de Especialização de Preceptoria de Residência Médica, 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 5

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 03/2025 de 17 de novembro de 2025 do Curso de Especialização de Preceptoría de Residência Médica.

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:

CPF:

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

2. Nome Completo:

CPF:

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

3. Nome Completo:

CPF:

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



**ANEXO 6**

**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 03/2025 de 17 de novembro de 2025 do Curso de Especialização de Preceptoria de Residência Médica.

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:

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

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

2. Nome Completo:

Cargo: [Exemplo: Líder Comunitário/a]

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

3. Nome Completo:

Cargo: [Exemplo: Representante do Conselho Quilombola]

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

**ANEXO 7**  
**FORMULÁRIO PARA PESSOA TRANS**

Eu, \_\_\_\_\_, CPF \_\_\_\_\_, RG \_\_\_\_\_, declaro, para os fins específicos de atendimento a seleção do Curso de Especialização de Preceptoria de Residência Médica, 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 8**  
**FORMULÁRIO PARA INTERPOSIÇÃO DE RECURSO**

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 \_\_\_\_\_ 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 <a href="mailto:preceptoria.medica@hmv.org.br">preceptoria.medica@hmv.org.br</a> até a data final do prazo estipulado no cronograma do Processo Seletivo nº 03/2025 de 17 de novembro de 2025 - Recurso.
---

**ANEXO 9**  
**FORMULÁRIO DE CADASTRO DE PESSOA JURÍDICA**

**EMPRESA:**

Razão Social:			
Endereço fiscal:			
Bairro:		Cidade:	
CEP:		Estado:	
CNPJ/MF:		Inscrição Municipal:	
Inscrição Estadual:		Celular Empresarial:	
Telefone:		Whatsapp:	
E-mail:			
Dados Bancários:	Banco:	Agência-DV:	Conta Corrente-DV:

**Documentos Necessários:**

- Documentos Constitutivos (Estatuto Social ou Contrato Social e respectivas alterações, devidamente registrados);
- Cartão CNPJ;
- Comprovante de Inscrição Estadual;
- Comprovante de inscrição Municipal;
- Alvará de localização e/ou funcionamento (emitido pela prefeitura);
- Certidão negativa de débitos federal, estadual e municipal vigentes à época da apresentação dos documentos;
- Cópia dos documentos do representante legal RG e CPF vigentes à época da apresentação dos documentos;
- Comprovante de dados bancários (informar: banco, agência e conta corrente);
- Código tributário do serviço;
- Certificado ou Declaração de Regularidade no Conselho Profissional vigentes à época da apresentação dos documentos;
- Registro no Conselho Profissional – Carteira Profissional vigentes à época da apresentação dos documentos;
- Contato de E-mail do Representante legal para assinatura digital (Plataforma D4sign - <https://d4sign.com.br/> )
- Formulário de Contratação de Pessoa Jurídica, devidamente preenchido e assinado pelo representante legal.

**Observações Contratuais:**

- Comprovação bancária (Caso houver alteração de dados bancários, o mesmo deverá ser formalizado em documento hábil assinado pelo responsável da empresa).
- MEI deverá apresentar dados bancários em nome do **CNPJ inscrito**, devendo respeitar a legislação para abertura deste tipo de PJ.
- Os profissionais que apresentam conselho registrado (CRM, COREN, Etc.), devem apresentar certidão de PJ reconhecida junto ao seu conselho.
- Para regular execução dos serviços e o devido pagamento pela realização dos mesmos, reconhece ter a capacidade técnica necessária, bem como, em sua constituição, **ter o CNAE (Classificação Nacional de Atividades Econômicas) correspondente à atividade em questão, atrelado ao seu CNPJ**, a fim de não haver divergência no documento fiscal a ser emitido, sob pena de retenção do pagamento até a regularização deste aspecto.

Declaro como sendo de minha inteira responsabilidade a veracidade das informações contidas neste documento e sempre que houver alterações formalizar em documento hábil. OBS.: **A qualquer momento o jurídico HMV poderá solicitar documentos complementares ou renovação de documentos apresentados, caso tenham expirado a validade dos mesmos.**

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

\_\_\_\_\_  
Assinatura do prestador/candidato

**ANEXO 10**  
**FORMULÁRIO CADASTRO DE AUTÔNOMO**

**DADOS PESSOAIS\*:**

Nome:	
Data de Nascimento:	RG:
CPF:	PIS:
Endereço:	
Bairro:	Cidade/ Estado/CEP:
Telefone:	Celular/Whatsapp:
E-mail:	Dados bancários (banco ag conta *dígito verificador):

**FORMAÇÃO ACADÊMICA\*:**

Nível Médio / Técnico / Graduação:	Ano de Conclusão:
Instituição:	
Maior Titulação:	Ano de Conclusão:
Instituição:	

**ATIVIDADE A SER REALIZADA\*:**

Setor*:	
Tipo de Serviço*: Inserir atividade/cargo contratado	Centro Custo*: Inserir o Nº centro de custo

**DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA PARA CADASTRO (apresentação de cópia dos documentos)\***

<input type="checkbox"/> Comprovante de endereço* <b>1. Comprovante em nome do prestador, caso não tenha, necessário que o titular do comprovante, faça uma declaração a próprio punho, comprovando que o prestador reside no endereço informado.</b>	<input type="checkbox"/> Registro no Conselho Profissional* <b>1. Obrigatório para executar a atividades vinculadas a formação*</b> <b>2. Dentro da validade, do contrário não será aceita.</b>
<input type="checkbox"/> CPF e RG* <b>1. RG tem validade de 10 anos, precisa estar válido.</b> <b>2. Comprovante de estado civil se: Casado, divorciado, etc.</b>	<input type="checkbox"/> Certidão Regularidade do Conselho* <b>1. Estar dentro da validade para o cadastro.</b> <b>2. Deverá ser emitida mensalmente para fins de pagamento e enviada pelo projeto, ao financeiro, junto a declaração de serviços prestados.</b>
<input type="checkbox"/> Inscrição no ISS (Prefeitura POA)* <b>obrigatório CASO SEJA INSCRITO</b> Site: <a href="https://sist.receita.com.br/Sist/CofEmitirComprovanteInscricao_Internet.do">https://sist.receita.com.br/Sist/CofEmitirComprovanteInscricao_Internet.do</a>	<input type="checkbox"/> Comprovante de INSS do último mês <b>1. Deverá ser apresentado no mês que houver pagamento, enviada ao projeto que enviará ao financeiro PROADI, juntamente com a declaração de serviços prestados.</b>
<input type="checkbox"/> Sem inscrição no ISS (Prefeitura POA)* <b>obrigatório PRINT para comprovar que não há inscrição*</b> Site: <a href="https://sist.receita.com.br/Sist/CofEmitirComprovanteInscricao_Internet.do">https://sist.receita.com.br/Sist/CofEmitirComprovanteInscricao_Internet.do</a>	<input type="checkbox"/> Diploma Graduação (frente e verso)* <b>1. Precisa ser legível, frente e verso.</b>
<input type="checkbox"/> Dados bancários (cheque, cabeçalho do extrato, print APP, cópia cartão do banco com os dados) Precisa constar NOME, NOME DO BANCO, AGÊNCIA E CONTA CORRENTE com o dígito verificador.	<input type="checkbox"/> Diploma Maior Titulação (frente e verso)
<input type="checkbox"/> Pesquisa da qualificação Social* <b>1. Precisa ser realizada toda a consulta, estar legível e elegível, não constar pendências.</b> <ul style="list-style-type: none"> <li><a href="http://consultacadastral.inss.gov.br/Esocial/pages/indEx.xhtml">http://consultacadastral.inss.gov.br/Esocial/pages/indEx.xhtml</a></li> <li><a href="https://servicos.receita.fazenda.gov.br/servicos/cpf/consultasituacao/ConsultaPublica.asp?Error=5">https://servicos.receita.fazenda.gov.br/servicos/cpf/consultasituacao/ConsultaPublica.asp?Error=5</a></li> </ul> <b>Nota: Obrigatório preenchimento de todos os campos, inclusive as assinaturas.</b>	<input type="checkbox"/> Declaro como sendo de minha inteira responsabilidade a veracidade das informações contidas neste documento e sempre que houver alterações formalizei em documento hábil.  Ciente de que a qualquer momento a CONTRATANTE poderá solicitar documentos complementares ou renovação de documentos apresentados, caso tenham expirado a validade dos mesmos.

\_\_\_\_\_  
Emitente/Prestador

\_\_\_\_\_  
Daniela Cristina dos Santos  
Coordenadora PROADI

\_\_\_\_\_  
Validador DH

\_\_\_\_\_  
Tanira Andreatta Torelly Pinto  
Superintendência de Operações

Data de recebimento DH: \_\_\_\_\_ Entregue por: \_\_\_\_\_



ID 32117 - Edital nº 18 - Proc Seletivo nº 03 2025 de 17 11 2025 -  
P Médica

Código do documento b4529866-368d-40f1-8da8-0f67965e2667



## Assinaturas



Dani Santos  
daniela.dossantos@hmv.org.br  
Assinou

*Dani Santos*



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

ADMILSON REIS DA SILVA

## Eventos do documento

### 13 Nov 2025, 11:00:37

Documento b4529866-368d-40f1-8da8-0f67965e2667 **criado** por DANIELLE DA ROCHA PADILHA (5be10dab-953b-4a50-a946-bff3ef721734). Email: danielle.padilha@hmv.org.br. - DATE\_ATOM: 2025-11-13T11:00:37-03:00

### 13 Nov 2025, 11:03:58

Assinaturas **iniciadas** por DANIELLE DA ROCHA PADILHA (5be10dab-953b-4a50-a946-bff3ef721734). Email: danielle.padilha@hmv.org.br. - DATE\_ATOM: 2025-11-13T11:03:58-03:00

### 13 Nov 2025, 11:16:10

DANI SANTOS **Assinou** (c9673890-50ef-458a-beba-00709606164b) - Email: daniela.dossantos@hmv.org.br - IP: 83.170.171.19 (83.170.171.19 porta: 49562) - **Geolocalização:** -28.9476968 -51.3924166 - DATE\_ATOM: 2025-11-13T11:16:10-03:00

### 13 Nov 2025, 17:55:51

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: 53450) - **Geolocalização:** -30.0250566 -51.2087191 - Documento de identificação informado: 074.436.777-82 - DATE\_ATOM: 2025-11-13T17:55:51-03:00

## Hash do documento original

(SHA256): bced63de98087e12c3bd2dd006f082ed47cd27eb28f2928542b74899ff027d46

(SHA512): d5f4747f95209696753663ce4b626e96065a509de1dda6a5a4129c9a834afbbf5ad39d263594682e51c30b9967255ae4c3e8273b73217cf35c5ef8497d7720be

## Documento enviado em cópia para:

contratos.proadi@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**.

---