

**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO**

**EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES**

**Edital de Retificação E INCLUSÃO DOS ANEXOS 1, 2 E 3 do Edital N° 01 – EBSERH/PRES/SEDE, DE 30 DE MAIO DE 2018**

O Presidente da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – EBSERH, no uso das atribuições legais e estatutárias torna público que se encontram abertas, **no período de 30 de maio a 08 de junho de 2018**, as inscrições para o Curso de Especialização em Preceptoria em Saúde (Lato Sensu).

**4. VAGAS**

4.1 Serão ofertadas 2250 (duas mil e duzentas e cinquenta) vagas para ingresso no Curso de Especialização em Preceptoria em Saúde da UFRN, a serem distribuídas para empregados ou servidores públicos que atuam nos hospitais da Rede EBSERH, conforme Tabela de Distribuição de Vagas.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Tabela de Distribuição de Vagas** | | | |
| **IFES** | **HUF** | **Quantidade de vagas** | **E-mail DivGP HUF** |
| UFBA | HUPES | 110 | **udp.hupes@ebserh.gov.br** |

**8. CRONOGRAMA**

| **ETAPAS** | **DATAS** |
| --- | --- |
| Inscrições | **30/05/2018 a 08/06/2018** |

**Anexo 1 - Solicitação de Participação em Pós-Graduação Sede e HUF**

| **EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES**  DIRETORIA DE GESTÃO DE PESSOAS  Coordenadoria de Desenvolvimento de Pessoas | lg_EBSERH-PB_uso |
| --- | --- |
| **Solicitação de Participação em Pós-Graduação** | |

**ESPECIFICAÇÃO DO EVENTO**

| Curso | |
| --- | --- |
| Local de Realização | |
| Data de início do curso | Data prevista de término |
| Instituição de Ensino Superior | |

**IDENTIFICAÇÃO DO(A) EMPREGADO/SERVIDOR (A)**

| Nome completo | | | | Matrícula SIAPE |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Cargo Efetivo | Classe/Nível | Cargo em Comissão | | |
| Órgão de Origem | | Unidade de exercício | Jornada de Trabalho  □ 20h □ 24h □ 30h □ 36h □ 40h | |
| Endereço Eletrônico | | Telefone com DDD | | |
| ÚLTIMA PARTICIPAÇÃO EM EVENTOS: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ A \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ | | TEMPO DE EXERCÍCIO NA EBSERH: | | |
| **ATRIBUIÇÕES DO EMPREGADO** (DESCREVA SUAS RESPONSABILIDADES, UTILIZANDO COMO REFERÊNCIA O PLANO DE TRABALHO DA GDC DO ANO CORRENTE, IDENTIFICANDO SUA IMPORTÂNCIA PARA OS RESULTADOS DA EQUIPE): | | | | |

**JUSTIFICATIVA PARA PARTICIPAÇÃO**

|  |
| --- |
| **ANÁLISE DO CHEFE IMEDIATO QUANTO A NECESSIDADE DA CAPACITAÇÃO, CONSIDERANDO OS GANHOS POTENCIAIS DA REALIZAÇÃO DA FORMAÇÃO, TENDO EM VISTA AS ATIVIDADES EM DESENVOLVIMENTO OU QUE VIRÃO A SER DESENVOLVIDAS PELO EMPREGADO.**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **ASSINATURA DO EMPREGADO ASSINATURA/CARIMBO DA CHEFIA IMEDIATA** |

**AUTORIZAÇÃO DO DIRIGENTE DA UNIDADE**

|  |
| --- |
| **AUTORIZO A LIBERAÇÃO DO EMPREGADO PARA PARTICIPAR DO CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO POR CONSIDERAR QUE A OPORTUNIDADE DE APRENDIZAGEM SE CONSTITUI EM CONTRIBUIÇÃO RELEVANTE PARA O DESEMPENHO DE SUAS ATIVIDADES NA EBSERH.**  **ENCAMINHE-SE À COORDENADORIA DE DESENVOLVIMENTO DE PESSOAS.**  **BRASÍLIA, \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **ASSINATURA/CARIMBO DO DIRIGENTE DA UNIDADE** |

**Anexo 2 - Termo de Compromisso e Responsabilidade de Empregados da EBSERH em Curso de Pós-graduação**

**TERMO DE COMPROMISSO E RESPONSABILIDADE**

**TERMO DE COMPROMISSO E RESPONSABILIDADE ASSUMIDO PELO COLABORADOR \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_\_ \_ \_ \_\_ \_ \_ \_ COM A EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES – EBSERH, EM DECORRÊNCIA DE CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO ( ) NO PAÍS ( ) NO EXTERIOR, COM LIBERAÇÃO ( ) INTEGRAL ( ) PARCIAL.**

Pelo presente TERMO DE COMPROMISSO E RESPONSABILIDADE, eu, (nome) \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_, (nacionalidade) \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_, (estado civil) \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ , residente e domiciliado no (endereço completo) \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_, em exercício na Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares - Ebserh, ocupante do cargo de \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_, matrícula \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_, tendo sido selecionado e autorizado pela Ebserh para realizar curso de pós-graduação em nível de \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_, com duração de \_ \_ \_ \_ (\_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ ) meses, com início em \_ \_ / \_ \_ /\_ \_ \_ \_ , na (universidade) \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_, em (cidade) \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_, (estado) \_ \_ \_ \_ \_, (país) \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_, assumo, voluntariamente, de acordo com as Normas que regem o processo de pós-graduação pela Ebserh, o compromisso de:

1. Não acumular benefícios, ainda que concedidos por instituições diferentes.
2. Permanecer a serviço da Ebserh por um prazo mínimo equivalente ao despendido na formação, após a conclusão do curso acima mencionado.
3. Não interromper, nem me desligar da pós-graduação ou, por qualquer outra forma, frustrar a sua efetiva realização, salvo nos casos permitidos pela Norma de pós-graduação.
4. Cumprir integralmente as exigências curriculares, a fim de evitar o desligamento do curso por insuficiência acadêmica ou outra razão a que der causa.
5. Não exceder os prazos previstos e autorizados para realização do curso.
6. Não reprovar nas matérias.
7. Manter uma pontuação mínima de 75 pontos na avaliação de desempenho anual.
8. Ressarcir à Ebserh o valor de todos os investimentos e gastos diretos e indiretos, por ela efetuados, para custear a realização do meu curso, caso descumpra o conteúdo dos itens 2, 3, 4, 5, 6 e/ou 7.
   1. Incluem-se nesse ressarcimento os valores dos salários e, ainda, todo e qualquer outro dispêndio realizado pela Ebserh em meu benefício durante o prazo de realização do referido curso.
   2. No caso de desligamento do quadro da Empresa, o ressarcimento será feito na proporção de tantos avos da dívida total apurada quantos forem os meses que faltarem para completar o período previsto, fixado no item 2 deste Termo de Compromisso.
   3. Para fins desse ressarcimento, a Ebserh está, desde logo, autorizada a descontar de qualquer saldo positivo que eu tenha na Empresa, a importância que se torne necessária para amortizar, parcial ou integralmente, o débito existente.
   4. Se, após o desconto acima mencionado, ainda houver débito, comprometo-me a saldá-lo diretamente, sob pena de cobrança judicial.
9. No caso de afastamento, comprometo-me a apresentar-me ao meu local de lotação para assumir minhas atribuições funcionais, conforme o prazo combinado com a chefia, após a data de conclusão do curso, considerada como data de conclusão a de defesa da dissertação ou tese, sob pena de ter os dias de ausência descontados do meu salário e de ser enquadrado na situação de abandono de emprego, de acordo com artigo 482 da CLT.
10. Cumprir, no caso de pós-graduação no exterior, o que dispõem a legislação que regula o afastamento de servidores públicos federais, Decreto nº 91.800, de 18.10.1985 e suas alterações, especialmente o disposto nos artigos 7º e 9º do mesmo diploma legal, abaixo transcritos:

“Art. 7º Findo o prazo de 48 (quarenta e oito) meses, o pós-graduando deverá retornar ao país, ficando vedada a sua permanência no exterior, inclusive para fins de gozo de férias ou licença, conforme legislação pertinente.”

“Art. 8º Caso o pós-graduando retorne ao Brasil para coletar dados, elaborar trabalhos acadêmicos ou tese, esse período será considerado como ininterrupto em relação ao prazo máximo de quarenta e oito meses.”

1. Devolver à Ebserh os valores relativos a todo e qualquer benefício que houver recebido indevidamente, mesmo após o término do curso, devidamente corrigidos determinar um percentual.
2. Declaro conhecer e estar de acordo com o Edital nº 01/EBSERH/PRESIDENCIA/SEDE, de 30 de maio de 2018 /2018,os critérios e os procedimentos para participação do curso de especialização: “Preceptoria em Saúde”.

Fica eleito o Foro de Brasília-DF, para dirimir todas as questões porventura decorrentes deste instrumento.

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

Empregado:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |
| --- | --- |
| Testemunhas: |  |
|  |  |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Nome:  CPF: | Nome:  CPF: |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**Anexo 3 - Declaração de Exercício de Preceptoria**

MODELO 1

[INSERIR LOGOMARCA DO HUF]

**HOSPITAL UNIVERSITÁRIO XXXXXXXXXXXXXX**

**DECLARAÇÃO DE PRECEPTORIA DE GRADUAÇÃO / ENSINO TÉCNICO**

Declaramos para os devidos fins que o(a) colaborador(a) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, com número de matrícula Siape \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, ocupante do cargo efetivo de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, realizou atividades de preceptoria de graduação/ensino técnico durante as atividades assistenciais no exercício de sua função como profissional de saúde na unidade funcional

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ período de \_\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_.

Declaro, como chefe de unidade ou coordenador de estágio, responsabilizar-me pela fidedignidade das informações acima fornecidas, em conformidade ao art. 4ª da Lei 9.784/1999.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Chefe de Unidade XXXXXXX ou Coordenador de Estágio

[nome e carimbo]

[nome do HU] – [nome da Universidade]

De acordo;

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Gerência de Ensino e Pesquisa

[nome e carimbo]

[nome do HU] – [nome da Universidade]

MODELO 2

[INSERIR LOGOMARCA DO HUF]

**HOSPITAL UNIVERSITÁRIO XXXXXXXXXXXXXX**

**DECLARAÇÃO DE PRECEPTORIA DE PROGRAMA DE RESIDÊNCIA**

Declaramos para os devidos fins que o(a) colaborador(a)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, com número de matrícula Siape \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, ocupante do cargo efetivo de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, realizou atividades de preceptoria no

Programa de Residência \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

durante as atividades assistenciais no exercício de sua função como profissional de saúde na unidade funcional \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ no período de

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_.

Declaro, como coordenador do Programa de Residência Médica/Residência em Área Profissional da Saúde ou coordenador da Comissão de Residência Médica (Coreme) ou Residência Multiprofissional (Coremu), responsabilizar-me pela fidedignidade das informações acima fornecidas, em conformidade ao art. 4ª da Lei 9.784/1999.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Coordenador do Programa de Residência XXXXXXX ou Coreme/Coremu

[nome e carimbo]

[nome do HU] – [nome da Universidade]

De acordo;

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Gerência de Ensino e Pesquisa

[nome e carimbo]

[nome do HU] – [nome da Universidade]