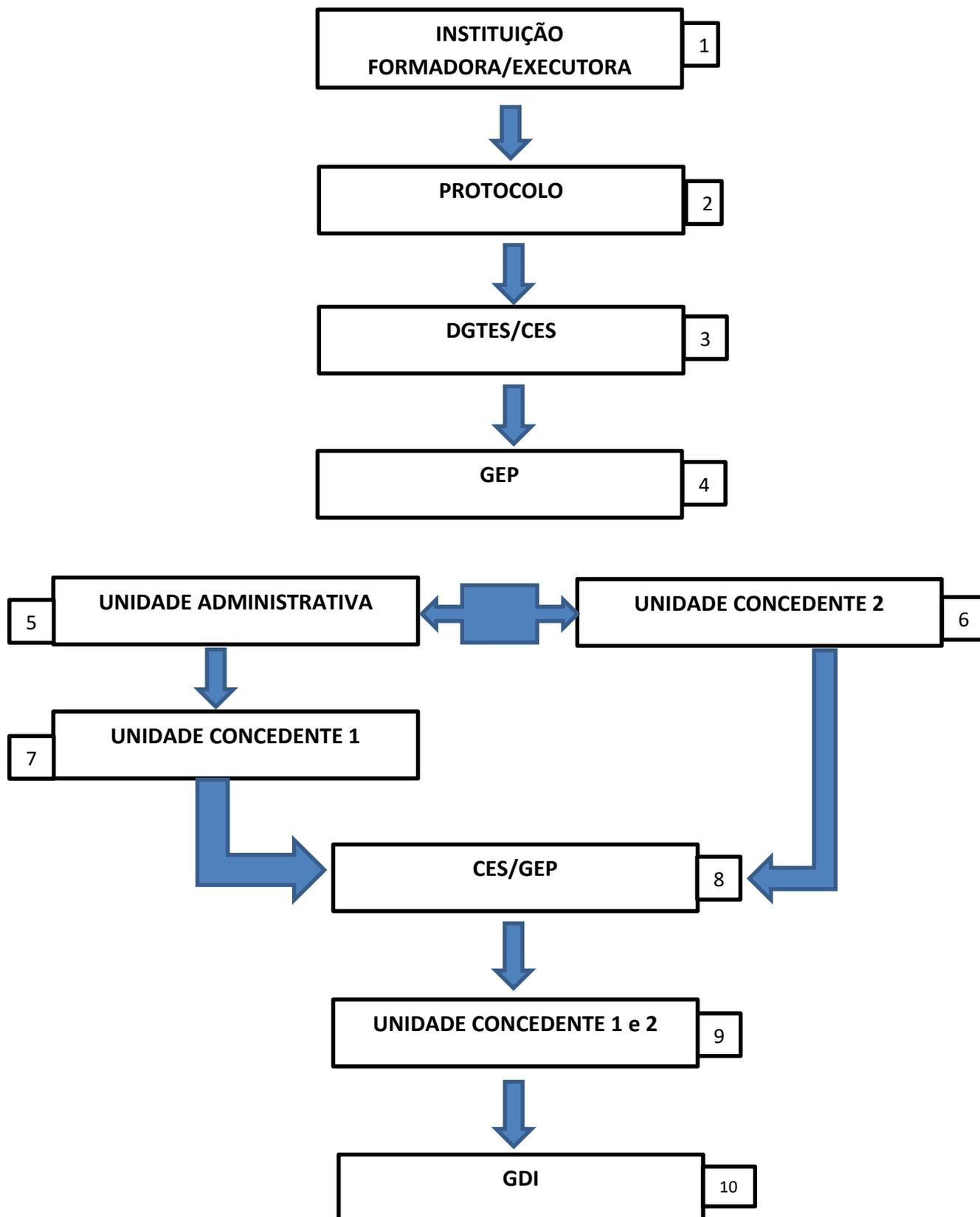




Diretoria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde  
Coordenação de Educação na Saúde

**FLUXO DE PROCESSOS PARA CAMPO DE PRÁTICA DA RESIDÊNCIA EM SAÚDE**



ASSINADO ELETRONICAMENTE PELO USUÁRIO: Viviany de Nazaré da Silva Cardoso (Lei 11.419/2006)  
EM 04/10/2022 13:41 (Hora Local) - Aut. Assinatura: AE03FC9843171F3B.79F8527B4EC2E714.1ACECE667091F8F5D.7F85866A88E9154A

Tv. Lomas Valentina nº 2190 - Marco - Belém - PA - CEP: 66093-677

Fone: (91) 4006-4355 - e-mail: [ces.sespa@gmail.com](mailto:ces.sespa@gmail.com)

Identificador de autenticação: DAB18B0.B7A4.E08.F21086C9BA014F3E3A

Confira a autenticidade deste documento em <https://www.sistemas.pa.gov.br/validacao-protocolo>

Nº do Protocolo: 2022/1262092 Anexo/Sequencial: 4

Diretoria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde  
Coordenação de Educação na Saúde

SETOR	AÇÕES
<b>1</b> <b>INSTITUIÇÃO FORMADORA/EXECUTORA</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• A Instituição solicita o CAMPO DE PRÁTICA anexando os formulários mínimos:</li><li>✓ Cadastro do residente e tutor;</li><li>✓ Relação nominal do preceptor;</li><li>✓ Plano de atividade prática</li><li>✓ Planejamento dos setores de prática dos residentes/grupos.</li></ul>
<b>2</b> <b>PROTOCOLO</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Recebe, protocola e encaminha a DGTES/CES</li></ul>
<b>3</b> <b>DGTES/CES</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• DGTES toma ciência e encaminha a CES.</li><li>• CES faz checagem da documentação e pertinência da demanda. E encaminha à GEP para análise da documentação. Havendo necessidade articulação inicial com os interessados e/ou devolução/orientação à Instituição em caso de pendência documental.</li></ul>
<b>4</b> <b>CES/GEP</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Realiza a checagem de Lista nominal dos residentes, onde observamos o número da apólice de seguro, número de matrícula e data de início e finalização da prática;</li><li>• Analisa o plano de Atividades observando a relação entre a intencionalidade educacional, os eixos temáticos a ser desenvolvido durante a prática do residente, assim como, se esses aspectos apresentados têm correlação com o perfil de competências esperados e as estratégias educacionais que serão desenvolvidas e ainda o critério de avaliação que será desenvolvido durante a prática.</li><li>• Analisa e registra as informações sobre residentes/tutores/preceptor.</li><li>• Preenche planilha de acompanhamento de Campo de Prática.</li><li>• Encaminha a CES para continuidade do processo e encaminhamento aos Centros Regionais de Saúde ou Unidade Concedente 2.</li></ul>
<b>5</b> <b>UNIDADE ADMINISTRATIVA</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Os Centros Regionais de Saúde tomam conhecimento da demanda, analisam a documentação e encaminham a unidade concedente 1 do campo de prática.</li></ul>
<b>6</b> <b>UNIDADE CONCEDENTE 1 (CAPS, UREMIA, Coordenações Estaduais)</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Avaliam a viabilidade da solicitação de campo de prática.</li><li>• Verificam a distribuição de vagas para os Preceptores no campo de prática;</li><li>• Envia os cadastros dos Preceptores que recebem a demanda.</li></ul>
<b>7</b> <b>UNIDADE CONCEDENTE 2 (Hospitais Estaduais)</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Avaliam a viabilidade da solicitação de campo de prática.</li><li>• Verificam a distribuição de vagas para os Preceptores no campo de prática;</li><li>• Envia os cadastros dos Preceptores que recebem a demanda.</li></ul>
<b>8</b> <b>CES/GEP</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• A CES encaminha para GEP para assessoramento e monitoramento técnico junto às unidades administrativas e unidades concedentes;</li><li>• A GEP realiza acompanhamento, assessoramento e monitoramento do processo (início, meio e fim).</li></ul>
<b>9</b> <b>UNIDADES CONCEDENTES 1 e 2</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Realizam a checagem dos Termos de compromisso, assinada pelo responsável;</li><li>• Encaminham a Unidade Administrativa para acompanhamento e providências necessárias.</li><li>• Arquivam, acompanham e emitem relatórios dos estágios em desenvolvimento.</li></ul>
<b>10</b> <b>GDI</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Recebe os TCR (Trabalho de Conclusão de Residência) e arquiva</li></ul>

Tv. Lomas Valentina nº 2190 - Marco - Belém - PA - CEP: 66093-677

Fone: (91) 4006-4355 - e-mail: [ces.sespa@gmail.com](mailto:ces.sespa@gmail.com)

Identificador de autenticação: DAB18B0.B7A4.E08.F21086C9BA014F3E3A

Confira a autenticidade deste documento em <https://www.sistemas.pa.gov.br/validacao-protocolo>

Nº do Protocolo: 2022/1262092 Anexo/Sequencial: 4



## **ORIENTAÇÕES PARA SOLICITAÇÃO DE CAMPO DE PRÁTICA NAS UNIDADES DE SAÚDE DA SESPA**

A Instituição de Ensino deve solicitar campo de prática ou visita monitorada mediante **requerimento protocolado no Protocolo Geral da SESPA (Nível Central)** anexando os documentos (Kit de formulários) abaixo relacionados com pelo menos 30 dias de antecedência à previsão de início da atividade.

1. **Ofício timbrado da Instituição de Ensino:** indicando o campo de prática pretendido endereçado à Coordenação de Educação em Saúde.
2. **Plano de Atividade Prática:** contendo nome da Instituição de Ensino, Programa de Residência, nome do tutor, período e horário de prática, carga horária semanal e semestral, setor de prática, Objetivo/ intencionalidade educacional, eixo temático, perfil de competências esperadas do residente, estratégias/ atividades educacionais, avaliação do desempenho dos residentes.
3. **Planejamento dos Setores de Prática dos Residentes (Distribuição dos grupos por período):** contendo as seguintes informações: nome do residente, matrícula, ano em curso, categoria profissional, número do registro profissional, número da apólice, período de estágio (dia/mês/ano), horário, unidade/setor de prática. Deverá ser encaminhada uma ficha para cada campo de prática solicitado. Podendo ser preenchidos e distribuídos todos os grupos do ano.
4. **Formulário de Cadastro dos Residentes:** definindo o programa de residência, dados referentes a identificação do residente e informações referentes a instituição executora. Esta ficha necessita da assinatura do residente e da instituição executora. Podendo ser assinatura digital.
5. **Formulário Lista Nominal dos Preceptores:** contendo nome do preceptor e sua categoria profissional
6. **Termo de Compromisso de Campo de Prática.**

**OBS 1 - Os Termos de Compromisso (TC) deverão ser assinados pelo representante legal da Instituição Executora, pelo residente e pelo Diretor da Unidade Concedente do estágio) e anexado ao processo em 3(três) vias.**

**OBS 2 - Qualquer dúvida encaminhar e-mail para Coordenação de Educação em Saúde, com cópia para Gerência de Educação Permanente. E-mail [ces.sespa@gmail.com](mailto:ces.sespa@gmail.com) e [epsespa@gmail.com](mailto:epsespa@gmail.com).**



Diretoria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde  
Coordenação de Educação na Saúde

## CADASTRO DO RESIDENTE

### PROGRAMA DE RESIDÊNCIA

( ) Médica ( ) Multiprofissional ( ) Uniprofissional

#### IDENTIFICAÇÃO:

Nome: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Sexo: ( ) Feminino ( ) Masculino

Identidade: \_\_\_\_\_ Órgão emissor: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_ Data emissão:

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Categoria Profissional: \_\_\_\_\_ Número do registro profissional:

\_\_\_\_\_

Endereço residencial: \_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_

E-MAIL: \_\_\_\_\_

Telefone Celular: \_\_\_\_\_ Telefone Fixo: \_\_\_\_\_

#### INSTITUIÇÃO EXECUTORA:

( ) IES ( ) Hospital de Ensino

Nome da Instituição Executora: \_\_\_\_\_

Programa de Residência: \_\_\_\_\_

Categoria Profissional: \_\_\_\_\_ Número de Matrícula \_\_\_\_\_

Telefone Fixo: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_ CEP \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Unidade de Prática \_\_\_\_\_

Ano da Residência: \_\_\_\_\_

Número de Matrícula: \_\_\_\_\_

Tv. Lomas Valentina nº 2190 - Marco - Belém - PA - CEP: 66093-677

Fone: (91) 4006-4355 - e-mail: [ces.sespa@gmail.com](mailto:ces.sespa@gmail.com)

Identificador de autenticação: DAB18B0.B7A4.E08.F21086C9BA014F3E3A

Confira a autenticidade deste documento em <https://www.sistemas.pa.gov.br/validacao-protocolo>

Nº do Protocolo: 2022/1262092 Anexo/Sequencial: 4

Diretoria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde  
Coordenação de Educação na Saúde

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Instituição Executora

Discente/Residente

## LISTA NOMINAL DOS PRECEPTORES

Instituição Executora:		
Programa de Residência:		
Coordenador do Programa: Fone:		
Tutor do Programa: Fone:		
Nº	Nome do Preceptor	Categoria Profissional
01		
02		
03		
04		
05		
06		
07		
08		
09		
10		
11		
12		
13		
14		
15		
16		
17		
18		
19		
20		

Obs1: Enviar esta relação por e-mail, em word, para [ces.sespa@gmail.com](mailto:ces.sespa@gmail.com) ; [epsespa@gmail.com](mailto:epsespa@gmail.com)

Obs2: Instituição Executora: Instituição de Ensino ou Unidades Assistenciais

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Coordenador do Programa  
(assinatura e carimbo)

Tv. Lomas Valentina nº 2190 - Marco - Belém - PA - CEP: 66093-677

Fone: (91) 4006-4355 - e-mail: [ces.sespa@gmail.com](mailto:ces.sespa@gmail.com)

Identificador de autenticação: DAB18B0.B7A4.E08.F21086C9BA014F3E3A

Confira a autenticidade deste documento em <https://www.sistemas.pa.gov.br/validacao-protocolo>

Nº do Protocolo: 2022/1262092 Anexo/Sequencial: 4

Diretoria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde  
Coordenação de Educação na Saúde**CADASTRO DE PRECEPTOR****IDENTIFICAÇÃO:**

Nome: \_\_\_\_\_ Matrícula funcional: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_ Nº registro Profissional:

\_\_\_\_\_ Órgão emissor: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_ Data emissão: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Endereço Residencial: \_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_ Telefone Fixo \_\_\_\_\_

**FORMAÇÃO:**

Graduação: \_\_\_\_\_ Ano de formação: \_\_\_\_\_

Instituição de Ensino: \_\_\_\_\_

Maior titulação: ( ) Especialista ( ) Mestre ( ) Doutor ( ) Pós- Doutorado

Pós-Graduação: \_\_\_\_\_

Instituição de Ensino: \_\_\_\_\_ Ano de Formação: \_\_\_\_\_

**VINCULAÇÃO ATUAL:**

Instituição de vinculação: \_\_\_\_\_

Vínculo Funcional: ( ) Efetivo ( ) Temporário ( ) Cargo Comissionado

Departamento/Setor: \_\_\_\_\_

**EXPERIÊNCIA DOCENTE:**

Programa de Residência o qual desenvolve a preceptoría: \_\_\_\_\_

Instituição de vínculo do programa de residência: \_\_\_\_\_

Início da atividade como Preceptor: \_\_\_\_\_

Participou de alguma formação relacionada à docência: ( ) Sim ( ) Não

Qual: \_\_\_\_\_

Em qual instituição: \_\_\_\_\_

Tv. Lomas Valentina nº 2190 - Marco - Belém - PA - CEP: 66093-677

Fone: (91) 4006-4355 - e-mail: [ces.sespa@gmail.com](mailto:ces.sespa@gmail.com)

Identificador de autenticação: DAB18B0.B7A4.E08.F21086C9BA014F3E3A

Confira a autenticidade deste documento em <https://www.sistemas.pa.gov.br/validacao-protocolo>

Nº do Protocolo: 2022/1262092 Anexo/Sequencial: 4

Diretoria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde  
Coordenação de Educação na Saúde

Quando realizou (mês e ano): \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Assinatura do preceptor  
(assinatura e carimbo)

## PLANEJAMENTO DOS SETORES DE PRÁTICA DOS RESIDENTES/GRUPOS

Instituição Executora \_\_\_\_\_

Programa de Residência: \_\_\_\_\_

Fone: \_\_\_\_\_

Coordenador do Programa: \_\_\_\_\_

Fone : \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

Tutor do Programa: \_\_\_\_\_

Fone: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

Campo de Prática: \_\_\_\_\_

NOME DO RESIDENTE	MATRÍCULA	ANO DE CURSO	CATEGORIA PROFISSIONAL	REGISTRO PROFISSIONAL	APÓLICE	PERÍODO (dia/mês/ano)	HORÁRIO	UNIDADE/SETOR DE PRÁTICA
<b>GRUPO 1</b>								
1.								
2.								
3.								
4.								
5.								
6.								
<b>GRUPO 2</b>								
1.								
2.								
3.								
4.								
5.								
6.								
<b>GRUPO 3</b>								
1.								
2.								
3.								
4.								
5.								
6.								

1. Formar grupos de até seis residentes/dia;
2. Um tutor deverá dividir os grupos e deverá realizar o acompanhamento de todos os grupos;
3. Um preceptor deverá acompanhar os grupos;
4. Exemplos de preenchimento do período – 02/08/15 a 01/09/15 e do horário – 07:00 às 11:00 h e 14:00 às 18:00 h

Em caso de dúvida entrar em contato com o número 4006-4258 ou E-mail: [epsespa@gmail.com](mailto:epsespa@gmail.com) / 4006-4258 ou [ces.sespa@gmail.com](mailto:ces.sespa@gmail.com)

Tv. Lomas Valentina nº 2190 - Marco - Belém - PA - CEP: 66093-677

Fone: (91) 4006-4355 - e-mail: [ces.sespa@gmail.com](mailto:ces.sespa@gmail.com)

Identificador de autenticação: DAB18B0.B7A4.E08.F21086C9BA014F3E3A

Confira a autenticidade deste documento em <https://www.sistemas.pa.gov.br/validacao-protocolo>

Nº do Protocolo: 2022/1262092 Anexo/Sequencial: 4



Diretoria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde  
Coordenação de Educação na Saúde

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Coordenador do Programa  
(assinatura e carimbo)

## PLANO DE ATIVIDADE PRÁTICA

Instituição executora do Programa: \_\_\_\_\_

Programa de Residência: \_\_\_\_\_ Ano: \_\_\_\_\_

Tutor (a) do Programa: \_\_\_\_\_

Período: \_\_\_\_\_ Horários: \_\_\_\_\_ Carga horária semanal: \_\_\_\_\_ Carga horária semestral: \_\_\_\_\_

Setor de Prática: \_\_\_\_\_

Objetivos (Intencionalidade Educacional):

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

Eixos temáticos:

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

Perfil de Competências Esperadas do Residente:

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

Estratégias / Atividades Educacionais:

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

Avaliação do Desempenho dos Residentes:



Diretoria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde  
Coordenação de Educação na Saúde

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Coordenador do Programa  
(assinatura e carimbo)

EM 04/10/2022 13:41 (Hora Local) - Aut. Assinatura: AE03FC9843171F3B.79F8527B4EC2E714.1ACEC667091F8F5D.7F85866A88E9154A ASSINADO ELETRONICAMENTE PELO USUÁRIO: Viviany de Nazaré da Silva Cardoso (Lei 11.419/2006)