

EDITAL PARA AVALIAÇÃO DE PROFICIÊNCIA PARA A REALIZAÇÃO DO CONCURSO DE AUDITORIA MÉDICA COMO ÁREA DE ATUAÇÃO DA ABRAMPAS – 2023 – AMB

1. INTRODUÇÃO

Pelo presente edital, a ABRAMPAS – Associação Brasileira de Medicina Preventiva e Social e Administração em Saúde e a AMB – Associação Médica Brasileira fazem saber que estarão abertas as inscrições para a avaliação de proficiência para obtenção do Certificado de Área de Atuação em Auditoria Médica, reconhecido pelo CFM – Conselho Federal de Medicina, AMB e a CNRM – Comissão Nacional de Residência Médica.

2. CRONOGRAMA GERAL

DATA	ATIVIDADE	HORÁRIO	FORMA/LOCAL
23/11/2023	Abertura da inscrição	10h	Site: www.abrampas.org.br/provas
22/12/2023	Encerramento das inscrições (período de 30 dias)	Meia noite	Site: www.abrampas.org.br/provas
22/01/2024	Análise curricular e publicação da inscrição deferida (30 dias de análise)	10h	Site: www.abrampas.org.br/provas
27/01/2024	Período de envio de recurso por indeferimento de inscrição (5 dias para recurso)	Meia noite	e-mail abrampas@abrampas.com.br
11/02/2024	Resultado do recurso (15 dias de análise)	10h	Site: www.abrampas.org.br/provas
18/02/2024	Publicação do resultado final após análise do recurso (7 dias após análise)	10h	Site: www.abrampas.org.br/provas

3. DAS INSCRIÇÕES

3.1. PRÉ-REQUISITOS OBRIGATÓRIOS E EFETIVAÇÃO DA INSCRIÇÃO

3.1.1. Estar inscrito em situação regular no Conselho Regional de Medicina (CRM definitivo);

3.1.2. Ser formado em Medicina há pelo menos 02 (dois) anos até a data da inscrição;

3.1.3. Possuir Título de Especialista reconhecido pela AMB, ou ter registro de especialista no CRM/CFM, em qualquer especialidade médica reconhecida pela AMB;

3.1.4. Comprovação de atuação profissional mínima de 04 (quatro) anos até a data da inscrição na área de Auditoria Médica, ou Publicação em Diário Oficial de nomeação e exoneração para comprovação de atividade profissional exercida em instituições públicas ou Título de Nomeação e Portaria de Exoneração. Para a comprovação de atividade profissional exercida em instituição privada:

- a) Na inexistência de registro em CTPS, anexar a declaração do empregador ou contratante dos serviços em Auditoria Médica, em papel timbrado da empresa, com firma reconhecida em cartório (por autenticidade ou semelhança), da assinatura do responsável pela empresa (sócio estatutário ou membro da Diretoria). Poderá ser aceita a assinatura digital desde que validada com o uso do certificado digital homologado ICP Brasil – Estrutura de Chaves Públicas Brasileira, que possui a mesma validade jurídica da assinatura reconhecida em cartório. O documento deverá trazer, obrigatoriamente, a descrição detalhada dos horários, atividades, funções e atribuições, conforme Anexo I.
- b) No caso do candidato ser o proprietário ou sócio da empresa de prestação de serviços em Auditoria Médica, deverá apresentar cópia do estatuto social no qual conste o nome do proprietário e/ou dos sócios e declarações das empresas às quais presta serviço, especificando a carga horária demandada conforme Anexo I.

3.1.5. Para fins de comprovação de atuação profissional na área de auditoria médica, não será considerado a carga horária de cursos, congressos e jornadas científicas específicas da área.

3.1.6. A inscrição do candidato implica a sua concordância com as normas e condições estabelecidas neste Edital não podendo alegar desconhecimento delas. Para tanto deverá preencher, assinar e enviar o Termo de Aceitação das Condições Dispostas no Edital, conforme Anexo II;

3.1.7. As inscrições serão efetivadas mediante entrega dos documentos relacionados no item 3.2 deste Edital, conforme cronograma geral - item 2;

3.1.8. As inscrições serão recebidas por meio virtual, no período descrito conforme cronograma geral - item 2;

3.1.9. Somente serão aceitas inscrições com data de postagem eletrônica, conforme cronograma geral - item 2;

3.1.10. O valor da taxa de inscrição será de R\$ 1.000,00 (hum mil reais) a serem pagos em nome da Associação Brasileira de Medicina Preventiva e Social e Administração em Saúde – CNPJ 16.967.690/0001-92 e envio de comprovante de pagamento conforme item 3.2;

3.1.11. A taxa de inscrição não será devolvida em qualquer hipótese.

3.2. DOCUMENTOS NECESSÁRIOS PARA INSCRIÇÃO

3.2.1. Cópia digital em PDF do comprovante de pagamento da taxa de inscrição;

3.2.2. Cópia digital em PDF da carteira de identidade (RG);

3.2.3. Cópia digital em PDF do Cadastro de Pessoas Físicas (CPF);

3.2.4. Cópia digital em PDF da Carteira ou cédula de identidade do Conselho Regional de Medicina (CRM);

3.2.5. Cópia digital em PDF do Título de Especialista reconhecido pela AMB; ou Certificado de conclusão em programa de residência reconhecido pela Comissão Nacional de Residência Médica do Ministério da Educação e Cultura (CNRM/MEC); ou Registro de Qualificação de Especialista (RQE) em qualquer especialidade reconhecida pela AMB.

3.2.6. Cópia digital em PDF de documento que comprove o atendimento das condições descritas no item 3.1;

3.2.7. Cópia digital em PDF do Currículo Resumido, contendo a identificação do candidato (nome, RG, CPF, data de nascimento, naturalidade, nacionalidade, endereço, telefone, celular, e-mail, número de CRM, data e instituição em que concluiu o curso de medicina) e detalhes dos títulos possuídos pelo candidato (nome, entidade emissora, carga-horária, data e local de realização de cursos, congressos, jornadas etc.; instituição e período em que exerceu atividade profissional, de ensino, de consultoria, sejam incluídas no currículo;

3.2.8. Cópia digital em PDF dos documentos ou certificados comprobatórios de todos os títulos apresentados no currículo resumido;

3.2.9 Cópia digital em PDF atualizada da certidão ético-profissional de nada-consta emitida pelo CRM. (conforme OF/SEC/AMB/036/2022 de 03 de março de 2022).

3.3. CONFIRMAÇÃO E INDEFERIMENTO DA INSCRIÇÃO

3.3.1. A inscrição deverá ser confirmada pelo candidato através de consulta à Lista de Inscritos que será divulgada conforme cronograma geral - item 2;

3.3.2. O candidato que apresentar qualquer declaração inconsistente ou que não possa satisfazer todas as exigências deste Edital, terá sua inscrição indeferida após a análise da Comissão Especial do Exame para Obtenção do Certificado de Área de Atuação em Auditoria Médica estabelecida pela ABRAMPAS;

3.3.3. O candidato cuja inscrição for indeferida, se o desejar, poderá encaminhar recurso escrito dirigido à Comissão Especial do Exame para Obtenção do Certificado de Área de Atuação em Auditoria Médica, conforme cronograma geral - item 2.

3.3.4. No caso de indeferimento, o valor da inscrição não será devolvido ao candidato;

3.3.5 A Comissão Especial do Exame para Obtenção do Certificado de Área de Atuação em Auditoria Médica poderá solicitar, a qualquer tempo, os documentos originais para verificação ou outras informações adicionais que se fizerem necessárias;

4. DAS FASES

4.1. COMPOSIÇÃO, CARÁTER DAS FASES E APROVAÇÃO

4.1.1. A avaliação de proficiência ocorrerá em apenas uma fase de análise curricular, com caráter eliminatório.

4.1.2. Na primeira fase, o Currículo Resumido dos candidatos, bem como os demais documentos conforme item 3.2, será analisado por uma Comissão Especial para Obtenção do Certificado de Área de Atuação em Auditoria Médica, designada pela ABRAMPAS;

4.1.3. Será considerado aprovado o candidato que cumprir com todos os requisitos documentais apresentados anteriormente.

4.3. DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS

4.3.1. Os resultados da avaliação da proficiência serão divulgados conforme cronograma geral - item 2;

4.3.2. O candidato que se julgar prejudicado, poderá encaminhar recurso por escrito, dirigido à Comissão Especial do Exame para Obtenção do Certificado de Área de Atuação em Auditoria Médica, conforme cronograma geral - item 2.

4.3.3. O recurso deverá ser acompanhado de todos os documentos e fundamentações que o candidato considere úteis à apreciação do recurso e conter endereço digital para correspondência;

4.3.4. Os recursos serão decididos soberanamente pela Comissão Especial do Exame para Obtenção do Certificado de Área de Atuação em Auditoria Médica e o resultado será enviado digitalmente por escrito ao candidato;

4.3.5. Será indeferido liminarmente o pedido de recurso apresentado fora do prazo estipulado neste edital ou que não esteja devidamente fundamentado.

5. DO CERTIFICADO

5.1. REQUISIÇÃO DO CERTIFICADO

5.1.1. Para requisição da confecção do Certificado em questão, o candidato aprovado na avaliação de proficiência deverá obedecer às regras de registro da AMB, com a

interveniência da ABRAMPAS no processo de expedição do Certificado de Área de Atuação em Auditoria Médica;

5.1.2. Conforme OF/SEC/AMB/047/2022 de 16 de março de 2022 emitido pela AMB, o valor estabelecido e pago diretamente para à AMB, para confecção do título ou certificado será:

- a) Associados da AMB: R\$ 850,00 (oitocentos e cinquenta reais)
- b) Não associados da AMB: R\$ 1.275,00 (hum mil duzentos e setenta e cinco reais)

5.1.3. Após liberação do Certificado, este será encaminhado pela AMB, diretamente ao médico, conforme o endereço fornecido, no prazo de 30 à 45 dias após a comprovação do recolhimento da taxa acima.

São Paulo, 16 de novembro de 2023.

DocuSigned by:

196F62B16EA94E8...

Dr. Antônio Eduardo Fernandes D'Aguiar
Diretor Presidente

ANEXO I**MODELO DE DECLARAÇÃO DE EFETIVA PRÁTICA EM AUDITORIA MÉDICA**

Empresa (Razão Social):
Nome do Médico (a) candidato (a):
Sumário das atividades desenvolvidas:
Carga horária diária e semanal:
Tempo de atuação (entre dd/mm/aaaa até dd/mm/aaaa):
Responsável legal da Empresa/Instituição (Nome legível, cargo, assinatura com firma reconhecida):
<i>“Declaro para os devidos fins, que as informações contidas na presente declaração são verdadeiras e assumo o compromisso de, quando solicitado, apresentar os comprovantes originais, bem como sofrer as penalidades por quaisquer informações que não correspondam à realidade.”</i>

ANEXO II

TERMO DE ACEITAÇÃO DAS CONDIÇÕES DISPOSTAS NO EDITAL

Nome:			
CRM:		UF	
CPF			
Telefone 1:		Telefone 2:	
e-mail:			
Endereço:			
Nº		Complemento:	
Bairro		Cidade:	
UF:		CEP:	

Declaro que compreendi no todo o EDITAL DO EXAME PARA OBTENÇÃO DO CERTIFICADO DE ÁREA DE ATUAÇÃO EM AUDITORIA MÉDICA – 2023 AMB e aceito as condições previstas no mesmo.

Declaro a autenticidade dos documentos apresentados.

Data:

Assinatura:
