

## **EDITAL Nº. 002/2024**

**A PREFEITURA MUNICIPAL DE SOLIDÃO**, Estado de Pernambuco, nos termos da Lei Municipal n.º 340/2021 e em conjunto com o Conselho Gestor do Programa de Crédito Educativo **MAIS MÉDICOS DO MUNICÍPIO DE SOLIDÃO-PE**, torna público a abertura das inscrições dos interessados para serem beneficiados pelo referido programa.

**1. O PROGRAMA DE CRÉDITO EDUCATIVO MAIS MÉDICOS DO MUNICÍPIO DE SOLIDÃO-PE, instituído pela Lei Municipal n.º 340/2021,** tem o objetivo de oportunizar e garantir o acesso dos estudantes universitários ao curso de graduação em medicina com a contrapartida de fortalecer a rede de saúde pública municipal.

**2. Ficam abertas as inscrições para participar do PROGRAMA DE CRÉDITO EDUCATIVO MAIS MÉDICOS DO MUNICÍPIO DE SOLIDÃO-PE,** podendo fazer sua inscrição os estudantes de graduação em medicina em instituições públicas ou privadas de ensino superior, nacionais ou estrangeiras, com ou sem fins lucrativos, com avaliação satisfatória, segundo os critérios de desempenho do Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior-SINAES ou instituição equivalente, residentes no Município de Solidão-PE, há mais de cinco (05) anos, e pertencentes a núcleo familiar que possua renda de até cinco (05) salários mínimos vigentes, devidamente comprovada.

**2.1** – As inscrições devem ser feitas na sede da Secretaria Municipal de Saúde, no período de **04 à 13 de março de 2024**, de segunda a sexta-feira, das 08 às 14 horas.

**2.2** – O estudante de medicina deverá fazer sua inscrição, através do preenchimento de formulário próprio disponível no **ANEXO II** e a ele anexar cópia dos documentos abaixo relacionados, com exibição dos seus originais no momento da inscrição, à saber:

**a)** CPF e RG;

**b)** comprovante de estar residindo no Município de Solidão-PE há mais de cinco (05) anos, com comprovação pelos cadastros dos sistemas de saúde conforme **ANEXO III**;

**c)** comprovação de ter sido aprovado para ingressar em curso de graduação de medicina em instituição pública ou privada de ensino superior, com ou sem fins lucrativos e com avaliação satisfatória, segundo os critérios de desempenho do Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior – SINAES ou instituto equivalente, bem como, se já estiver cursando medicina, a comprovação de matrícula e frequência no período em curso;

**d)** comprovação de ter concluído o ensino médio em instituição pública;

**e)** comprovação de ter realizado o Exame Nacional do Ensino Médio – ENEM há pelo menos cinco (05) anos, a contar da data da sua inscrição no ingresso no programa;

**f)** comprovação de não possuir débitos do núcleo familiar para com a fazenda pública do Município de Solidão-PE, mediante certidão negativa de débito em nome de todos os integrantes do núcleo familiar;

**g)** comprovação de pertencer a núcleo familiar, com renda mensal de até cinco (05) salários mínimos vigentes.

**4.** Após o período de inscrição, o comitê gestor analisará o cumprimento de todos os requisitos e publicará o resultado dos inscritos, no site da Prefeitura de Solidão no endereço eletrônico: <https://www.solidao.pe.gov.br>, conforme cronograma constante no **ANEXO I**.

**4.1** – Após a publicação do resultado das inscrições, fica aberto o prazo para impugnações ao resultado com formulário próprio, que deverá ser preenchido em duas vias disponível no **ANEXO IV**.

**4.2** – O estudante de medicina que tiver sua inscrição deferida no programa pelo comitê gestor, deverá comparecer na sede da secretaria municipal de administração, para proceder com a entrega dos documentos, dados bancários e informações necessárias a confecção do correspondente contrato.

**4.3** - As condições exigidas para a inscrição no programa poderão ser verificadas a qualquer tempo, a critério do Município de Solidão-PE, e são indispensáveis para o estudante receber os valores do crédito educativo, devendo o aluno comprovar a devida matrícula no curso de medicina a cada início de semestre e exibir o boletim de aprovação do semestre anterior com notas não inferiores a 7,0 (sete), sob pena de ser excluído do programa, na forma desta Lei.

**5.** Equiparam-se aos estudantes residentes no Município de Solidão-PE, para os fins deste edital, os que já não mais residam no Município no ato da sua inscrição no **PROGRAMA DE CRÉDITO EDUCATIVO MAIS MÉDICOS DO MUNICÍPIO DE SOLIDÃO-PE**, desde que comprovem a sua transferência de residência, há menos de cinco anos, e com a finalidade exclusiva de dar seguimento aos seus estudos, desde que o núcleo familiar permaneça residindo no âmbito do Município de Solidão-PE.

**3. A Secretaria Municipal de Saúde** manterá os registros e controles administrativos, contábeis e financeiros do contrato de crédito educativo, como mecanismo de controle para a efetivação da devolução dos valores investidos pelo Município, na forma desta Lei.

**6.** Deferido o pedido da inscrição do aluno de medicina no **PROGRAMA DE CRÉDITO EDUCATIVO MAIS MÉDICOS DO MUNICÍPIO DE SOLIDÃO-PE**, o Município de Solidão providenciará a celebração do respectivo contrato de financiamento, no prazo de até 15 dias a contar da entrega dos documentos, dados bancários e informações pelo estudante diretamente na sede da secretaria municipal de administração.

**7.** O financiamento do curso de graduação em medicina, previsto na Lei Municipal nº. 340/2021, será concedido no valor de 01 (um) salário mínimo vigente, por mês, cujo pagamento será feito diretamente ao estudante ou ao seu representante legal, se menor de idade.

**7.1** - O percentual a ser financiado pelo **PROGRAMA DE CRÉDITO EDUCATIVO MAIS MÉDICOS DO MUNICÍPIO DE SOLIDÃO-PE** ao estudante do curso de graduação em medicina, em instituição pública ou privada de ensino superior na forma desta Lei, será ressarcido pelo estudante, quando da conclusão do curso de medicina, na forma de prestação de serviços médicos à rede pública de saúde de Solidão-PE.

**7.2** - O ressarcimento dos valores do financiamento, pelo estudante de medicina ao Município de Solidão-PE, será em forma de prestação de serviços médicos à rede municipal de saúde imediatamente após a conclusão do curso financiado.

**7.3** - O ressarcimento dos valores financiados pelo Município deverá ocorrer na forma de prestação de serviços médicos à rede pública de saúde de Solidão-PE no mesmo valor do financiamento efetivado, cuja prestação dos serviços médicos poderá ser executada em qualquer unidade de saúde e com vencimentos iguais aos médicos da rede municipal de saúde, ocupante das mesmas funções, cujos vencimentos sofrerão descontos até completar a quantidade de salários mínimos efetivamente pagos pelo Município ao estudante, a título de financiamento do curso de medicina.

**7.4** - O ressarcimento dos valores financiados poderá ser efetivado, por desconto nos vencimentos do beneficiário, em qualquer valor por ele autorizado, não podendo ser em valor mensal inferior a um salário mínimo vigente à época.

**7.5** - O beneficiário poderá efetuar o ressarcimento dos valores recebidos em financiamento do seu curso de medicina em dinheiro (moeda corrente), desde que o pagamento seja realizado em única parcela e na mesma quantidade de salários mínimos utilizados no financiamento, no valor do salário mínimo vigente à época do ressarcimento.

**8.** Nas hipóteses de desistência, abandono ou cancelamento do curso de graduação em medicina, bem como, no caso da não aprovação no Brasil na validação do curso de medicina ministrado por instituição estrangeira, deverá proceder o reembolso do financiamento, pelo estudante ao Município de Solidão-PE, a partir do mês seguinte ao da sua desistência, abandono, cancelamento ou não aprovação na validação do curso no Brasil, no mesmo valor utilizado no financiamento, na mesma quantidade de salários mínimos recebidos e no valor do salário mínimo vigente à época do ressarcimento, dividido em até doze (12) parcelas mensais e sucessivas.

**9.** Será excluído do Programa o estudante de medicina que:

**I** – for reprovado em mais de uma disciplina por período;

**II** – não atender o critério da renda do grupo familiar, verificada por ocasião da vinculação no programa;

**III** – interromper o curso voluntariamente;

**IV** – não cumprir frequência igual ou superior a 85% (oitenta e cinco por cento) por período;

**V** – ostentar, no semestre anterior, notas inferiores à média 7,0 (sete) em cada disciplina;

**VI** – incorrer em fraude, simulação, falsidade, falsificação ou desvio de finalidade, quanto à inscrição e permanência no programa;

**VII** - não comprovar a devida matrícula no curso de medicina a cada início de semestralidade;

**VIII** – não apresentar comprovação de aprovação no semestre anterior com notas não inferiores a 7,0 (sete) em cada disciplina.

**10.** A inscrição do candidato implicará o conhecimento e a aceitação tácita das normas constantes neste Edital, e na Lei Municipal nº. 340/2021 e suas posteriores alterações.

**10.1** - Serão incorporados a este Edital, para todos os efeitos, quaisquer editais complementares que vierem a ser necessários para o andamento do processo de concessão da bolsa de estudos.

**10.2** - Os casos omissos serão apreciados e avaliados pelo **Conselho de Acompanhamento do Programa de Crédito Educativo Mais Médicos** de acordo com as suas competências regimentais.

Solidão-PE, 29 de fevereiro de 2024.



**DJALMA ALVES DE SOUZA**  
Prefeito



**DAMIANA ALVES DE SOUZA NOGUEIRA**  
Secretária Municipal de Saúde  
Presidente do Conselho Gestor do Programa de Crédito Educativo Mais Médicos Municipal

**ANEXO I - CRONOGRAMA**

<b>29/02/2024</b>	Publicação do Edital
<b>04/03/2024 à 13/03/2024</b>	Período de Inscrição
<b>15/03/2024</b>	Divulgação do Resultado Preliminar
<b>18/03/2024 a 19/03/2024</b>	Interposição de Recursos
<b>21/03/2024</b>	Resultado dos Recursos
<b>21/03/2024</b>	Resultado Final
<b>22/03/2024 a 26/03/2024</b>	Entrega de documentos bancários (o estudante que tiver sua inscrição deferida)
<b>02/04/2024</b>	Assinatura do Contrato de Concessão da Bolsa Estudantil
<b>02/04/2024</b>	Publicação da Portaria de Homologação da Concessão da Bolsa Estudantil no Diário Oficial dos Municípios

## ANEXO II - FICHA DE INSCRIÇÃO

<b>FORMULÁRIO DE INSCRIÇÃO - BOLSA DE ESTUDO</b>		Foto 3x4
<b>INFORMAÇÕES PESSOAIS DO (A) CANDIDATO (A)</b>		
Aluno: _____ Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino    Graduação: _____		
<b>Residência/ Moradia Familiar</b>		
Endereço: _____ N.º: _____ Complemento: _____ Bairro: _____ Cidade: _____ CEP: _____ UF: _____ Telefone Próprio (DDD Número): _____ Telefone Recado (DDD Número): _____		
<input type="checkbox"/> Em casa/apartamento: ( ) Próprio ( ) Alugado ( ) da Família <input type="checkbox"/> Em pensão <input type="checkbox"/> Outro: _____ <i>Se o aluno residir em outro endereço no período de aulas preencher abaixo:</i>		
Endereço: _____ N.º: _____ Complemento: _____ Bairro: _____ Cidade: _____ CEP: _____ UF: _____		
<input type="checkbox"/> Em casa/apartamento: ( ) Próprio ( ) Alugado ( ) da Família <input type="checkbox"/> Em pensão <input type="checkbox"/> Outro: _____		
<b>Locomoção</b>		
Distância em KM: _____ Meio de Locomoção: <input type="checkbox"/> Não utiliza <input type="checkbox"/> Carona <input type="checkbox"/> Coletivo Urbano <input type="checkbox"/> Veículo Próprio <input type="checkbox"/> Lotação Particular <input type="checkbox"/> Ônibus de linha <input type="checkbox"/> Outro: Especificar: _____		
<b>INFORMAÇÕES DO GRUPO FAMILIAR</b>		
<b>1. Composição Familiar</b>		
<b>Nome do Pai:</b> _____ <b>Estado Civil:</b> _____ CPF: _____ RG: _____ Telefones: _____ Endereço Atual: _____ N.º: _____ Complemento: _____ Bairro: _____ Cidade: _____ CEP: _____ UF: _____		
<b>Nome da Mãe:</b> _____ <b>Estado Civil:</b> _____ CPF: _____ RG: _____ Telefones: _____ Endereço Atual: _____ N.º: _____ Complemento: _____ Bairro: _____ Cidade: _____ CEP: _____ UF: _____		
<b>Responsável Legal (se não for o pai ou a mãe):</b> _____ CPF: _____ RG: _____ Telefones: _____ Endereço Atual: _____ N.º: _____ Complemento: _____ Bairro: _____ Cidade: _____ CEP: _____ UF: _____		



# Prefeitura Municipal de Solidão

CNPJ: 10.348.050/0001-18

Gabinete do Prefeito



## 2. Situação Socioeconômica Familiar (incluir todo o grupo familiar)

Nome	Vínculo Familiar	Profissão	CPF	Renda Bruta
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
<b>RENDA TOTAL</b>				

**TOTAL DE COMPONENTES DO GRUPO FAMILIAR** (incluindo o candidato): \_\_\_\_\_

**RENDA MENSAL** R\$ \_\_\_\_\_

**EXISTE OUTRO MEMBRO DO GRUPO FAMILIAR EM ESCOLA PARTICULAR OU EM INSTITUIÇÃO DE ENSINO SUPERIOR PAGA?**

Não

Sim R\$ \_\_\_\_\_

**TOTAL DE GASTOS COM TRANSPORTE ESCOLAR DO GRUPO FAMILIAR:** R\$ \_\_\_\_\_  
(Somatório das despesas do aluno e demais componentes do grupo familiar)

**ALUGUEL/FINANCIAMENTO DE MORADIA:** R\$ \_\_\_\_\_  
(Se o grupo familiar reside em casa alugada ou financiada, informe o valor pago)

**HÁ DESPESA COM DOENÇA CRÔNICA NO GRUPO FAMILIAR**

Não

Sim. Qual doença? \_\_\_\_\_

### **OBSERVAÇÕES IMPORTANTES**

- As cópias dos documentos apresentados ficarão retidas no processo.

- A solicitação será automaticamente indeferida quando da não apresentação de todos os documentos solicitados ou informações divergentes.

- A inveracidade das informações prestadas neste formulário de inscrição, quando constatada, a qualquer tempo, implicará o cancelamento da bolsa de estudos, porventura, concedida.

- Destaca-se que a presente solicitação de bolsa de estudos, se atendidos os critérios de seleção, será concedida após publicação da portaria no Diário Oficial dos Municípios sem efeitos retroativos.

### **DECLARAÇÃO**

Declaro sob as penas do art. 299 do Código Penal, que as informações fornecidas são fiéis e verdadeiras, não havendo omissões ou dados que possam induzir os equívocos de julgamento e **ASSUMO TOTAL RESPONSABILIDADE** pelo conteúdo deste cadastro. Em caso de incorreções, ante as consequências, comprometo-me a comprovar com documentos a veracidade das informações. Estou ciente que, se pré-selecionado ao programa de bolsa de estudos, deverei apresentar a documentação que comprova as informações prestadas. E ainda, que poderei ser convocado para entrevista e receber visita da Comissão em minha Residência.

Solidão-PE, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do (a) Estudante

## **ANEXO III**

### **DECLARAÇÃO**

Declaro para os devidos fins de direitos que a ficha do Agente Comunitário de Saúde de cadastro individual e domiciliar, conforme cópias em anexo do senhor (a) \_\_\_\_\_, residente no (a) \_\_\_\_\_, nº. \_\_\_\_\_, Bairro: \_\_\_\_\_, Solidão/PE, encontra-se arquivada na Secretaria Municipal de Saúde pelo período igual ou superior a 05 (cinco) anos conforme Edital nº. 02/2024 do **Programa de Crédito Educativo Mais Médicos**. Informamos que o (a) mesmo (a) está cadastrado (a) até a presente data.

Solidão-PE, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2024.

**DAMIANA ALVES DE SOUZA NOGUEIRA**  
**Secretária Municipal de Saúde**



## **ANEXO IV - FORMULÁRIO PARA INTERPOSIÇÃO DE RECURSOS**

Eu, .....,  
portador do documento de identidade nº..... e CPF nº.....,  
apresento recurso junto ao **Conselho de Acompanhamento do Programa de Crédito Educativo Mais Médicos** contra decisão do Resultado Preliminar dos estudantes beneficiados com a referida bolsa.

A decisão objeto de contestação é.....(explicitar a decisão que está contestando).

Os argumentos com os quais contesto a referida decisão são:

.....  
.....  
.....

Para fundamentar essa contestação, encaminho em anexo os seguintes documentos (diferentes dos apresentados no ato da inscrição)

.....  
.....

Solidão-PE,.....de.....de 2024.

.....

Assinatura do candidato

RECEBIDO em...../...../2024.

por.....

(Assinatura e cargo/função do servidor que receber o recurso)