



RESIDÊNCIA DE MEDICINA DE  
FAMÍLIA E COMUNIDADE



**PREFEITURA MUNICIPAL DE PATOS  
CENTRO EDUCACIONAL DE ENSINO SUPERIOR DE PATOS LTDA  
CENTRO UNIVERSITÁRIO DE PATOS – UNIFIP  
COMISSÃO DE RESIDÊNCIA MÉDICA – COREME  
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA EM MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE**

**EDITAL DE ADESÃO DOS MUNICÍPIOS AO PROGRAMA DE RESIDÊNCIA EM  
MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE**

EDITAL nº 002/2024 de Adesão dos Municípios ao Programa Regionalizado de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade da Secretaria Municipal de Saúde de Patos-PB, em parceria com o Centro Educacional de Ensino Superior de Patos LTDA e municípios paraibanos. O Programa e as vagas foram autorizadas pelo Ministério da Educação - MEC, e financiadas pelos municípios da Regional de Saúde e pelo Ministério da Saúde - MS, conforme Portaria nº 42 de 29 de janeiro de 2016 publicada em DOU nº 21, de 1 de fevereiro de 2016 (seção 1, pg. 106-109).

A Secretaria Municipal de Saúde de Patos-PB, por meio da COREME, no uso das atribuições que lhe são conferidas, torna pública a abertura da ADESÃO dos municípios ao Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade.

**1. DO PROCESSO SELETIVO AO PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MÉDICA**

- 1.1. A seleção dos municípios candidatos ao Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade é de inteira responsabilidade da Comissão Organizadora do Processo Seletivo estabelecida pela COREME;
- 1.2. Cabe a Comissão Organizadora a destinação dos candidatos residentes aos municípios, **sejam vagas de ampla concorrência ou vagas de qualificação da rede de atenção local** obedecendo às diretrizes do Edital de Seleção dos residentes;
- 1.3. Receberá visita do apoio institucional do programa, os municípios que participarem do presente processo seletivo, o qual utilizará instrumento para avaliação/validação das vagas, conforme anexo II;
- 1.4. Será pré-requisito para adesão ao Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade o cumprimento de todas as obrigações descritas no item 3;



RESIDÊNCIA DE MEDICINA DE  
FAMÍLIA E COMUNIDADE



1.5 São candidatos a participar do presente Edital **apenas** municípios situados nas mesorregiões do Sertão e Borborema paraibanos em razão de aspectos logísticos e de apoio;

1.6 Serão habilitados como potenciais receptores de médicos residentes vinculados ao Programa de Residência Médica de Medicina de Família e Comunidade de Patos todos os municípios que preencherem as obrigações constantes no presente Edital de Adesão, além das normas emanadas da Comissão Nacional de Residência Médica;

1.7 A escolha dos municípios obedecerá às vagas disponibilizadas pela própria autoridade municipal e pelas escolhas feitas pelos próprios residentes, conforme aprovação no processo seletivo, gerando mera expectativa de recebimento dos médicos vinculados à RMFC.

## 2. DAS OBRIGAÇÕES DA PARCEIRA (CEESP)

2.1. Disponibilizar professores e preceptores para o Programa de Residência Médica;

2.2. Disponibilizar para os preceptores ajuda de custo, viabilizando o deslocamento para acompanhamento dos residentes nos municípios;

2.3. Realizar formação permanente dos professores e preceptores do Programa de Residência Médica conforme legislação pertinente;

2.4. Disponibilizar, conforme prerrogativa do MEC, secretário(a) para a Comissão de Residência Médica e Programas de Residências;

2.5. Atuar juntamente com a Secretaria Municipal de Saúde dos municípios na articulação de atividades pedagógicas, assistenciais, tecnológicas locais, regionais e nacionais, gestão do trabalho;

2.6. Disponibilizar salas de aulas, laboratório de treinamento de habilidades, biblioteca e demais recursos em suas dependências para o desenvolvimento das atividades formativas presenciais do Programa de Residência Médica;

2.7. Contribuir e incentivar a pesquisa em Atenção Primária à Saúde e a participação dos residentes e preceptores em Congressos e outros encontros científicos da área, conforme disponibilidade financeira e autorização do responsável financeiro da Instituição;

2.8. Proporcionar à Secretaria Municipal de Saúde dos municípios o conhecimento dos ideais e objetivos do Programa, e isto mediante reunião com a chefia do serviço a se desenvolver;

2.9. Solicitar comprovante de que os discentes e docentes estão imunizados contra doenças infecto-contagiosas, previstas no Programa Nacional de Imunização;

2.10. Planejar e acompanhar as atividades didático-pedagógicas;



RESIDÊNCIA DE MEDICINA DE  
FAMÍLIA E COMUNIDADE



- 2.11. Responsabilizar-se pela divulgação e execução do Processo Seletivo do Programa;
- 2.12. Efetuar o repasse das informações de frequência dos médicos residentes ao MS, mensalmente, para que ocorra o repasse das bolsas conforme dispositivos do Sistema de Informações Gerenciais do Pró-Residência (SIGRESIDÊNCIAS);
- 2.13. Realizar reuniões ordinárias com professores, preceptores e residentes do programa e com gestores conforme demandas institucionais;
- 2.14. Garantir o apoio institucional visando a qualificação do Programa através da avaliação e monitoramento do processo de gestão e de trabalho.

### 3. DAS OBRIGAÇÕES DO MUNICÍPIO

- 3.1. Disponibilizar Unidade(s) Básica(s) de Saúde a partir de março/2025 até fevereiro de 2027 com condições estruturais essenciais e padrões essenciais, de acordo com as diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica e conforme aprovação da comissão em visita *in loco*, onde os residentes atuarão;
- 3.2. A(s) Unidade(s) Básica(s) de Saúde deverá(ão) dispor de equipe completa de Estratégia de Saúde da Família, com regime de 40 horas semanais, em dois turnos (manhã e tarde) e que funcione na lógica da Estratégia Saúde da Família, segundo o Ministério da Saúde;
- 3.3. O residente deverá cumprir 32 horas de atividades presenciais no município (sendo vetada a possibilidade de “horário corrido”) e 8 horas de atividades teóricas no Centro Universitário UNIFIP com direito a 30 dias de férias em cada ano letivo da residência, obrigatoriamente no período de recesso da instituição formadora;
- 3.4. Efetuar o pagamento de complementação da bolsa do residente no valor **líquido de R\$7.300,00 (sete mil e trezentos) reais** e dos demais componentes da equipe da Estratégia de Saúde da Família da(s) Unidade(s) Básica(s) de Saúde;
- 3.5. Disponibilizar material de consumo para o Programa, nos cenários da gestão municipal;
- 3.6. Efetuar o pagamento de todas as despesas da(s) Unidade(s) Básica(s) de Saúde, tais como limpeza, higiene, medicamentos, exames, luz, água, destinação dos resíduos hospitalares e outras;
- 3.7. Assegurar a participação do médico residente em todas as atividades pertinentes à sua formação e o desenvolvimento da educação permanente em saúde a todos os profissionais envolvidos no processo;



RESIDÊNCIA DE MEDICINA DE  
FAMÍLIA E COMUNIDADE



- 3.8. Adequar as instalações físicas dos ambulatórios municipais disponibilizados para o Programa de Residência Médica, assim como a manutenção dos equipamentos e o fornecimento dos materiais de consumo para estes cenários;
- 3.9. Zelar pelo funcionamento da Residência Médica conforme consta do Programa;
- 3.10. Disponibilizar espaço físico para atividades de cunho pedagógico, atividades coletivas e discussão de casos;
- 3.11. **Disponibilizar ponto eletrônico para o residente que emita comprovação para o discente do horário de entrada e saída, além de relatório mensal de frequência;**
- 3.12. **Apresentar e enviar frequência mensal do residente, com assinatura do gestor, até o 2º dia útil do mês subsequente, para a secretaria da RM;**
- 3.13. **Enviar mensalmente o relatório operacional da produção do E-SUS conforme diretrizes do MS, até o 2º dia útil do mês subsequente, para a secretaria da RM;**
- 3.14. Garantir a participação efetiva do residente no Conselho Municipal de Saúde;
- 3.15. Permanecer com o residente até encerramento das atividades de dois anos da RM;
- 3.16. Cadastrar o residente no CNES como profissional RESIDENTE;
- 3.17. Efetuar pagamento complementar ao preceptor no **valor líquido de R\$1.000,00 (mil reais) por cada residente**, conforme Lei municipal válida, vigente e eficaz, ao menos, a partir do fim das inscrições do processo seletivo da RMFC previsto para fevereiro de 2025, considerando que os preceptores já estarão atuando a partir da referida data;
- 3.18. Divulgar aos profissionais de saúde, corpo administrativo e demais funcionários, a finalidade do Programa de Residência, a fim de obter, por parte destes, a necessária colaboração com os médicos residentes e preceptores da PARCEIRA (CEESP);
- 3.19. Assinar o Termo de Adesão dos Municípios ao Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade (anexo I);
- 3.20. Assinar o Termo de Convênio de Adesão dos Municípios ao Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade;
- 3.21. Realizar gestão compartilhada a nível local do Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade (PRMFC), conforme as diretrizes do PRMFC;
- 3.22. Repassar ao residente gratificação por ocasião de sua participação na obtenção dos indicadores da Atenção Básica, caso haja tal gratificação.



RESIDÊNCIA DE MEDICINA DE  
FAMÍLIA E COMUNIDADE



3.23. Garantir que, a partir do ano de 2025, os Médicos Residentes que estejam no 2º ano de Residência Médica possam atuar em outros serviços de saúde previamente designados pela Instituição Formadora e pelo município. Essa atuação em outros serviços de saúde estará limitada à 8h por mês.

#### 4. DA QUALIFICAÇÃO DA REDE LOCAL

**Nos termos da Portaria 1.248/2013 do Ministério da Saúde, será garantido no curso do processo seletivo a efetivação da** Estratégia de Qualificação das Redes de Atenção à Saúde (RAS).

Desta forma, os municípios aderentes interessados poderão garantir a qualificação dos seus próprios servidores através do Processo Seletivo de Residência Médica.

A proposta de qualificação da rede de Atenção Básica por meio da adesão ao Programa de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade visa fortalecer a Atenção Primária à Saúde, garantindo a especialização e a qualificação dos(as) médicos(as) que já integram o quadro de servidores municipais. Ao permitir que profissionais vinculados às Unidades Básicas de Saúde (UBS) possam se especializar em Medicina de Família e Comunidade, a gestão municipal oferece uma oportunidade de crescimento profissional, além de aprimorar a qualidade da assistência prestada à população e contribuir para a fixação de profissionais nas UBS, promovendo uma relação de confiança com a comunidade assistida.

Desta forma, o gestor municipal que tiver interesse precisará preencher e enviar no formato PDF, devidamente assinado, os termos/formulários próprios descritos abaixo e o(a) médico(a) deverá estar cadastrado no CNES e participar do Edital de seleção de Médicos Residentes para o Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade da Prefeitura de Patos em parceria com o Centro Universitário - UNIFIP que tem previsão de lançamento no mês de novembro deste ano.



RESIDÊNCIA DE MEDICINA DE  
FAMÍLIA E COMUNIDADE



Enviar os seguintes documentos em formato PDF, devidamente preenchido e assinado, para o e-mail: [coordenacao@rmed.fiponline.edu.br](mailto:coordenacao@rmed.fiponline.edu.br)

- Termo de adesão dos municípios ao programa de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade (anexo I);
- Ficha de identificação de vagas de UBS para qualificação da rede por município 2025-2027 (anexo III);
- Declaração de indicação de profissional médico para qualificação da rede (anexo IV).

O médico que entrar por qualificação da rede local não poderá solicitar transferência de cenário prático para outro município durante o PRMFC.

## 5. DO PRAZO E VIGÊNCIA

5.1. O Termo de Convênio a ser assinado terá vigência a partir da data da sua assinatura e perdurará por 24 meses, podendo ser renovado por consenso e formalizado em Termo Aditivo.

## 6. DA RESCISÃO

6.1. Destaque-se que o Convênio assinado poderá ser denunciado para fins de encerramento antecipado por qualquer dos cooperantes, desde que assim o deseje e se faça por escrito com antecedência mínima de 180 (cento e oitenta) dias;

6.2. Parágrafo Primeiro: Na hipótese de realocação do residente em prazo menor que 180 dias, fica o município, anteriormente vinculado, desde já desobrigado a observação do referido prazo;

6.3. Parágrafo Segundo: As atividades em andamento por força de projetos previamente aprovados e amparados pelo presente Convênio, não serão prejudicadas, ficando, pois assegurada as suas conclusões;

6.4 Na hipótese de descumprimento das obrigações impostas aos Municípios Convenientes, fica autorizado a sua suspensão e/ou desligamento, conforme decisão motivada da COREME/Patos;



RESIDÊNCIA DE MEDICINA DE  
FAMÍLIA E COMUNIDADE



6.5 Eventual rescisão causada pelo Município Aderente resultará em uma suspensão de receber novos residentes pelo prazo de 12 meses, podendo ser prorrogado pelo mesmo período mediante avaliação da COREME.

## 7. DOS RECURSOS

7.1. Os recursos necessários ao custeio do Projeto, objeto do presente Termo de Convênio assinado, são de responsabilidade de cada um dos convenientes dentro de suas responsabilidades estabelecidas nos itens 2 e 3.

## 8. DO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO

8.1. Fica assegurada às partes convenientes a prerrogativa de conservar a autoridade normativa e o exercício do controle e da fiscalização sobre a execução deste Termo de Convênio.

## 9. DAS ALTERAÇÕES

9.1. Concordam as partes convenientes em manter entendimentos para em comum acordo, procederem às modificações no Convênio assinado, desde que, necessárias e que não alterem negativamente o seu objeto, firmados através de Termo Aditivo.

## 10. DA INSCRIÇÃO: PROCEDIMENTOS E PRAZOS

10.1. O período de inscrição será de 08 a 25 de outubro de 2024.

10.2. As inscrições serão realizadas, **exclusivamente**, por meio eletrônico no STUDUS RESIDENCIA - <https://residencia.studus.com.br/edital-municipio>.

10.2.1. Deverá ser preenchido o Termo de Adesão dos Municípios ao Programa de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade (anexo I).

10.2.2. O Termo de Adesão e demais formulários (anexos I, II ou III e IV) deverá ser anexado no STUDUS RESIDÊNCIA, obrigatoriamente, em formato PDF ou JPEG de forma legível e enviado para o seguinte e-mail: **coordenacao@rmed.fiponline.edu.br**

10.3. As instituições deverão manter todos os documentos originais comprobatórios exigidos (arquivos anexados em PDF no formulário eletrônico), devidamente assinados, até o final do processo de seleção.



RESIDÊNCIA DE MEDICINA DE  
FAMÍLIA E COMUNIDADE



## 11. CRONOGRAMA

CRONOGRAMA	
DATA	ETAPA
08 a 25/10/2024	Período de inscrição
31/10/2024	Homologação das inscrições
01 a 08/11/2024	Período de visitas às Unidades Básicas de Saúde
13/11/2024	Resultado

Patos-PB, 08 de outubro de 2024.



RESIDÊNCIA DE MEDICINA DE  
FAMÍLIA E COMUNIDADE



## ANEXO I – TERMO DE ADESÃO DOS MUNICÍPIOS AO PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MÉDICA EM MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE

DADOS DO MUNICÍPIO		
Nome do Município:		Estado:
População:		Quantidade de UBS existente no município:
Nome do Prefeito (a):		
RG/Órgão expedidor:	CPF:	Estado civil:
Endereço da Prefeitura:		CEP:
Telefone: (    )		Celular: (    )
E-mail:		

DADOS DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE		
Nome do Secretário (a):		
RG/Órgão expedidor:	CPF:	Estado civil:
Endereço da Secretaria Municipal de Saúde:		CEP:
Telefone: (    )		Celular: (    )
E-mail:		

Declaro interesse e estou de acordo com o EDITAL nº 002/2024 de Adesão dos Municípios ao Programa Regionalizado de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade da Secretaria Municipal de Saúde de Patos-PB em parceria com o Centro Educacional de Ensino Superior de Patos LTDA e municípios paraibanos.

Patos-PB, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2024.

ASSINATURA E CARIMBO DO PREFEITO

ASSINATURA E CARIMBO DO (A)  
SECRETÁRIO (A) DE SAÚDE



RESIDÊNCIA DE MEDICINA DE  
FAMÍLIA E COMUNIDADE



## ANEXO II – FICHA DE IDENTIFICAÇÃO DE VAGAS DE UBS PARA AMPLA CONCORRÊNCIA POR MUNICÍPIO 2025-2027

<b>Município:</b>	<b>Estado:</b>
<b>Interesse em:</b> Ampliação de vagas ( ) N° de UBS solicitada: _____ Manutenção das vagas atuais ( ) Nova Adesão ( )	
<b>Nome do (a) secretário (a) de saúde:</b>	
<b>Nome do (a) coordenador (a) de Atenção Básica:</b>	
<b>Graduação:</b>	
<b>Possui pós-graduação (especialização, mestrado, doutorado...) em:</b>	
<b>E-mail:</b>	<b>Tel: ( )</b>

<b>Nome da UBS 1:</b>	<b>CNES:</b>
<b>Endereço:</b>	<b>População adscrita:</b>
<b>Quantidade de membros da equipe:</b> ( ) Enfermeiro ( ) Técnico de Enfermagem ( ) Dentista ( ) Técnico em Saúde Bucal ( ) Agente Comunitário de Saúde	

<b>Nome da UBS 2:</b>	<b>CNES:</b>
<b>Endereço:</b>	<b>População adscrita:</b>
<b>Quantidade de membros da equipe:</b> ( ) Enfermeiro ( ) Técnico de Enfermagem ( ) Dentista ( ) Técnico em Saúde Bucal ( ) Agente Comunitário de Saúde	

<b>Nome da UBS 3:</b>	<b>CNES:</b>
<b>Endereço:</b>	<b>População adscrita:</b>
<b>Quantidade de membros da equipe:</b> ( ) Enfermeiro ( ) Técnico de Enfermagem ( ) Dentista ( ) Técnico em Saúde Bucal ( ) Agente Comunitário de Saúde	

<b>Nome da UBS 4:</b>	<b>CNES:</b>
<b>Endereço:</b>	<b>População adscrita:</b>
<b>Quantidade de membros da equipe:</b> ( ) Enfermeiro ( ) Técnico de Enfermagem ( ) Dentista ( ) Técnico em Saúde Bucal ( ) Agente Comunitário de Saúde	

**Obs.: Não possui limite de vagas por município.**

Patos-PB, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2024.

ASSINATURA E CARIMBO DO (A) SECRETÁRIO (A) DE SAÚDE



RESIDÊNCIA DE MEDICINA DE  
FAMÍLIA E COMUNIDADE



### ANEXO III – FICHA DE IDENTIFICAÇÃO DE VAGAS DE UBS PARA QUALIFICAÇÃO DA REDE LOCAL POR MUNICÍPIO 2025-2027

<b>Município:</b>	<b>Estado:</b>
<b>Interesse em:</b> Nova Adesão Qualificação da Rede Local (    )	
<b>Nome do (a) secretário (a) de saúde:</b>	
<b>Nome do (a) coordenador (a) de Atenção Básica:</b>	
<b>Graduação:</b>	
<b>Possui pós-graduação (especialização, mestrado, doutorado...) em:</b>	
<b>E-mail:</b>	<b>Tel: (    )</b>

<b>Nome da UBS 1:</b>	<b>CNES:</b>
<b>Endereço:</b>	<b>População adscrita:</b>
<b>Nome do (a) Médico (a)</b>	<b>CPF:</b>
<b>Quantidade de membros da equipe:</b> (    ) Enfermeiro (    ) Técnico de Enfermagem (    ) Dentista (    ) Técnico em Saúde Bucal (    ) Agente Comunitário de Saúde	

<b>Nome da UBS 2:</b>	<b>CNES:</b>
<b>Endereço:</b>	<b>População adscrita:</b>
<b>Nome do (a) Médico (a)</b>	<b>CPF:</b>
<b>Quantidade de membros da equipe:</b> (    ) Enfermeiro (    ) Técnico de Enfermagem (    ) Dentista (    ) Técnico em Saúde Bucal (    ) Agente Comunitário de Saúde	

<b>Nome da UBS 3:</b>	<b>CNES:</b>
<b>Endereço:</b>	<b>População adscrita:</b>
<b>Nome do (a) Médico (a)</b>	<b>CPF:</b>
<b>Quantidade de membros da equipe:</b> (    ) Enfermeiro (    ) Técnico de Enfermagem (    ) Dentista (    ) Técnico em Saúde Bucal (    ) Agente Comunitário de Saúde	

**Obs.: Não possui limite de vagas de qualificação de rede por município.**

**Anexar a declaração de indicação do profissional médico para qualificação de rede junto a este formulário.**

Patos-PB, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2023.

**ASSINATURA E CARIMBO DO (A) SECRETÁRIO (A) DE SAÚDE**



RESIDÊNCIA DE MEDICINA DE  
FAMÍLIA E COMUNIDADE



## ANEXO IV – DECLARAÇÃO DE INDICAÇÃO DE PROFISSIONAL MÉDICO PARA QUALIFICAÇÃO DA REDE LOCAL

Venho, por meio deste, indicar o (a) profissional médico (a) \_\_\_\_\_, CPF: \_\_\_\_\_, CRM-PB: \_\_\_\_\_, lotado (a) na Unidade Básica de Saúde: \_\_\_\_\_, CNES: \_\_\_\_\_, para participar da qualificação da rede do município de \_\_\_\_\_.

Tenho ciência que o (a) profissional médico (a) acima terá que se inscrever e participar do Edital do Programa de Residência Médica de Medicina de Família e Comunidade e ser aprovado nesta seleção para fazer jus a qualificação.

Declaro ainda que, por isso ser expressão da verdade, comprometo-me a fazer prova onde necessário for, para os devidos fins de direito, repartições públicas federais, autarquias e onde mais necessário for, na forma da Lei.

Patos, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_.

**ASSINATURA E CARIMBO DO (A) SECRETÁRIO (A) DE SAÚDE**



RESIDÊNCIA DE MEDICINA DE  
FAMÍLIA E COMUNIDADE



## ANEXO V – INSTRUMENTO DE VISITA

INSTRUMENTO DE VISITA - DATA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

EDITAL nº 002/2024 de adesão dos municípios ao Programa Regionalizado de  
Residência Médica em Família e Comunidade

IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE	
Município:	CNES da UBS:
Nome da UBS:	
Endereço:	
EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA	
1- Profissionais existentes, que fazem parte da equipe, excluindo NASF:	( ) Enfermeiro _____ ( ) Agentes Comunitários de Saúde _____ ( ) Técnico de Enfermagem _____ ( ) Odontólogo _____ ( ) Técnico/Auxiliar de Saúde Bucal _____ ( ) Gerente _____
2- Há horário fixo de funcionamento da unidade?	( ) Sim ( ) Não
3- Há ponto eletrônico na unidade?	( ) Sim ( ) Não
4- Esta unidade funciona quais dias na semana:	Segunda (Essencial) Em que horário abre (__) Em que horário fecha (__)  Terça (Essencial) Em que horário abre (__) Em que horário fecha (__)  Quarta (Essencial) Em que horário abre (__) Em que horário fecha (__)  Quinta (Essencial) Em que horário abre (__) Em que horário fecha (__)  Sexta (Essencial) Em que horário abre (__) Em que horário fecha (__)  Sábado Em que horário abre (__) Em que horário fecha (__)  Domingo Em que horário abre (__) Em que horário fecha (__)
5- Esta unidade está funcionando em local provisório?	( ) Sim ( ) Não
6- A UBS está em reforma?	( ) Sim ( ) Não
7- A UBS está em ampliação?	( ) Sim ( ) Não



RESIDÊNCIA DE MEDICINA DE  
FAMÍLIA E COMUNIDADE



8- Qual(is) ambiente(s) existe(m) na unidade?	<input type="checkbox"/> Sanitário para os usuários <input type="checkbox"/> Banheiro para funcionários <input type="checkbox"/> Sala exclusiva para recepção/espera <input type="checkbox"/> Sala exclusiva de vacina <input type="checkbox"/> Consultórios exclusivos para atendimento clínico <input type="checkbox"/> Consultórios clínicos com sanitário anexo <input type="checkbox"/> Sala exclusiva para procedimentos <input type="checkbox"/> Sala exclusiva para inalação/nebulização coletiva <input type="checkbox"/> Sala exclusiva para atividades coletivas <input type="checkbox"/> Sala exclusiva para esterilização/estocagem de material esterilizado <input type="checkbox"/> Sala exclusiva para observação (curta duração) <input type="checkbox"/> Banheiro na sala de observação
9- Existe acesso à internet nesta unidade?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
10- Existe aparelhos de pressão adulto (em tamanho padrão) em condições de uso?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
11- Existe balanças antropométricas de 150 kg em condições de uso?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
12- Existe balanças infantis em condições de uso?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
13- Existe réguas antropométricas infantil em condições de uso?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
14- Possui focos de luz para exame ginecológico em condições de uso?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
15- Existe mesas para exame ginecológico com perneira em condições de uso?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
16- Existe macas/mesa para exame clínico em condições de uso?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
17- Existe geladeiras exclusivas para vacina em condições de uso?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
18- Os ambientes dispõem de boa ventilação ou climatização	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
19- Os consultórios da unidade de saúde permitem privacidade ao usuário	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
20- Realizam testes rápido na unidade?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
<b>INSUMOS</b>	
21- Quais insumos estão sempre disponíveis? <input type="checkbox"/> Espéculo descartável <input type="checkbox"/> Espátula de Ayres <input type="checkbox"/> Lâmina de vidro com lado fosco <input type="checkbox"/> Porta-lâmina ou frasco plástico com tampa para lâmina <input type="checkbox"/> Fixador de lâmina (álcool/spray ou gotas) <input type="checkbox"/> Escovinha endocervical	
22- A equipe possui mapas com desenho do território de abrangência?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
23- Os prontuários dos usuários da equipe estão organizados por núcleos familiares?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
24- Como são registradas as informações de saúde?	<input type="checkbox"/> Fichas em papel <input type="checkbox"/> Prontuário eletrônico (Estratégico) <input type="checkbox"/> Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) do e-SUS AB <input type="checkbox"/> Prontuário eletrônico próprio
25- Sua equipe recebe apoio institucional permanente de uma equipe ou pessoa da SMS?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
26- A equipe realiza acolhimento à demanda espontânea nesta unidade?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

