



GOVERNO DO ESTADO DE MATO GROSSO  
SECRETARIA DE ESTADO DE CIÊNCIA E TECNOLOGIA  
UNIVERSIDADE DO ESTADO DE MATO GROSSO  
CAMPUS UNIVERSITÁRIO DE CÁCERES



## **EDITAL Nº 004/2026/PET SAÚDE I&SD - SAÚDE CONECTADA**

### **PROCESSO SELETIVO DE DOCENTES COM VÍNCULO ATIVO NA GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO FÍSICA E PROFISSIONAIS DE SAÚDE PARA COMPOR CADASTRO DE RESERVA PARA BOLSISTA NO PROGRAMA DE EDUCAÇÃO NO TRABALHO EM SAÚDE**

#### **PET SAÚDE I&SD - SAÚDE CONECTADA: Acesso, Integralidade e Empoderamento Digital para Saúde**

O Coordenador Local do Programa PET-Saúde/Informação e Saúde Digital – Saúde Conectada, no uso de suas atribuições legais, considerando o disposto no Edital Conjunto SEIDIGI/SGTES-MS Nº 1/2025, no Edital Nº 001/2025/PET Saúde I&SD - Saúde Conectada, torna público o presente edital que dispõe sobre a abertura de inscrições para o processo seletivo de docentes e profissionais de saúde interessados em compor cadastro de reserva para o Programa PET-Saúde/Informação e Saúde Digital – Saúde Conectada, em conformidade com a legislação vigente, normas institucionais e dispositivos dos editais anteriores que regem o certame.

#### **1. DO OBJETO**

1.1 O presente edital tem por objeto a seleção classificatória de docentes com vínculo ativo na graduação em Educação Física, e de profissionais de saúde vinculados às unidades de saúde participantes interessados em compor cadastro de reserva no Programa PET-Saúde/Informação e Saúde Digital – Saúde Conectada.

#### **2. DO CADASTRO DE RESERVA**

2.1 Será constituído cadastro de reserva para eventual convocação de interessados em atuar como bolsistas, em virtude de vacância decorrente de desistência ou substituição de bolsista.

2.2 Os candidatos serão avaliados conforme documentação comprovada e serão classificados em ordem decrescente de pontuação final obtida.

2.3 O cadastro de reserva deste edital é complementar às listas classificatórias de cadastro de reserva já homologados, quando houver.

2.4 O cadastro de reserva homologado nos editais anteriores com número suficiente de classificados não serão contemplados neste edital.

2.5 O cadastro de reserva de candidatos à bolsa são para as seguintes modalidades:

a) docentes dos cursos de Educação Física;

b) profissionais de saúde vinculados ao SUS na rede assistencial de saúde local.

2.6 A convocação de candidatos classificados no cadastro de reserva para assumir bolsa vacante obedecerá à ordem de classificação das listas classificatórias de cada modalidade e será realizada pela Coordenação Geral do Programa, conforme o Edital Conjunto SEIDIGI/SGTES-MS Nº 1/2025.

#### **3. DAS INSCRIÇÕES**

3.1 As inscrições deverão ser realizadas exclusivamente pelo site do programa, disponível em



GOVERNO DO ESTADO DE MATO GROSSO  
SECRETARIA DE ESTADO DE CIÊNCIA E TECNOLOGIA  
UNIVERSIDADE DO ESTADO DE MATO GROSSO  
CAMPUS UNIVERSITÁRIO DE CÁCERES



<https://petsaude.abacatedigital.com.br/>, conforme os prazos estabelecidos no cronograma.

3.2 Poderão se inscrever docentes com vínculo ativo na graduação em Educação Física e de profissionais de saúde vinculados às unidades de saúde participantes interessados, desde que atendam aos requisitos previstos nos itens 4.1 do Edital Nº 001/2025/PET Saúde I&SD - Saúde Conectada;

3.3 Para a inscrição dos/as candidatos/as são necessários, de acordo com a categoria: ficha de inscrição devidamente preenchida e assinada (anexo II – docente, ou anexo IV – profissionais e trabalhadores da saúde), barema devidamente preenchido (somente para docentes anexo III), declaração que as informações são verdadeiras (para todos os candidatos, Anexo I), cópia do CPF, cópia do RG; cópia do currículo Lattes para docentes com os itens do barema comprovados (certificados, declarações, títulos) para as produções dos últimos três anos, declaração de vínculo e autorização da chefia (Anexo V) e carta de intenção (Anexo VI) para os candidatos profissionais de saúde.

3.3.1 Todos os documentos devem ser submetidos em arquivo único de formato PDF no ato da inscrição online em <https://petsaude.abacatedigital.com.br>. O arquivo deve receber o nome do(a) candidato(a) e deverá ser submetido no ato de inscrição no campo próprio para envio de arquivos localizado no final do formulário de inscrição.

3.4 Os critérios de avaliação e procedimentos de classificação seguem os mesmos definidos para o Edital Nº 001/2025/PET Saúde I&SD - Saúde Conectada.

3.5 A pessoa que desejar ser tratada pelo nome social e identidade de gênero, conforme o Decreto nº 8.727, de 28 de abril de 2016, e a Resolução CONEPE nº 035/2017, deverá preencher os campos correspondentes no formulário de inscrição.

3.6 As informações prestadas nos formulários de inscrição serão de inteira responsabilidade do(a) candidato(a), reservado à Comissão Local a prerrogativa de excluir do processo seletivo aquele(a) que não preencher o formulário de forma completa, correta ou que não enviar qualquer dos documentos solicitados ou fornecer dados comprovadamente inverídicos, ilegíveis ou que não possam ser verificados.

3.7 A inscrição do(a) candidato(a) implicará o conhecimento e a tácita aceitação das normas e condições estabelecidas neste edital, em seus anexos e nos editais complementares, não podendo alegar desconhecimento.

3.8 A Comissão Local analisará os pedidos de candidatura e publicará o resultado preliminar de acordo com os prazos estabelecidos no cronograma pelos canais de comunicação oficiais: <https://unemat.br/pro-reitoria/proec/editais-proec> e <https://petsaude.abacatedigital.com.br>.

3.9 Do ato que classificar ou desclassificar **preliminarmente** o candidato(a), caberá recurso à Comissão Local, no prazo fixado pelo cronograma.

3.10 Os recursos apresentados dentro do prazo serão apreciados pela Comissão Local e dirimidos em conjunto com a Pró-reitoria de Extensão e Cultura.

3.10.1 Todos os recursos recebidos dentro prazo estabelecido serão analisados e respondidos ao candidato.

3.10.2 Os candidatos que obtiverem provimento de recurso que altere sua classificação final constarão em edital complementar.

3.11 Todas as comunicações serão recebidas e respondidas se, e somente se, enviadas para o



GOVERNO DO ESTADO DE MATO GROSSO  
SECRETARIA DE ESTADO DE CIÊNCIA E TECNOLOGIA  
UNIVERSIDADE DO ESTADO DE MATO GROSSO  
CAMPUS UNIVERSITÁRIO DE CÁCERES



email oficial do programa (petsaudesaudedigital.caceres@gmail.com), a fim de garantir plena auditabilidade das comunicações relativas ao certame.

#### 4. DO CRONOGRAMA

| Etapa                              | Data               | Horário (UTC-4 / Cuiabá) |
|------------------------------------|--------------------|--------------------------|
| Lançamento do edital               | 02/09/2026         | A partir das 14h00       |
| Período de inscrições              | 03/09 a 09/09/2026 | Até 23h59                |
| Publicação do resultado preliminar | 10/09/2026         | A partir das 10h00       |
| Prazo para interposição de recurso | 11/09/2026         | Até as 23h59             |
| Publicação do resultado final      | 14/09/2026         | A partir das 14h00       |

#### 5. DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

5.1 A inscrição do(a) candidato(a) implicará no conhecimento e na aceitação tácita das condições estabelecidas neste edital não podendo alegar desconhecimento das regras, cronograma, critérios de seleção, anexos ou demais disposições normativas.

5.2 Cabe exclusivamente ao(à) candidato(a) acompanhar as publicações oficiais do Programa, por meio dos canais institucionais, sendo de sua inteira responsabilidade o cumprimento dos prazos e procedimentos estabelecidos.

5.3 Os recursos interpostos pelos(as) candidatos(as) serão recebidos a partir da divulgação do resultado preliminar, exclusivamente pelo e-mail institucional do Programa: **[petsaudedigital.caceres@gmail.com](mailto:petsaudedigital.caceres@gmail.com)**, desde que apresentados dentro do prazo previsto no cronograma e devidamente fundamentados.

5.4 Caberá à Comissão Local do Programa PET-Saúde/Informação e Saúde Digital – Saúde Conectada e à Pró-Reitoria de Extensão e Cultura – PROEC da UNEMAT a análise e deliberação sobre os casos omissos, recursos, situações excepcionais ou quaisquer outras intercorrências relativas a este edital.

5.5 A qualquer tempo, durante o processo seletivo ou após sua finalização, a identificação de prestação de informações inverídicas implicará na desclassificação do(a) candidato(a) ou no desligamento do(a) bolsista, garantido o amplo direito à defesa e ao contraditório.

5.6 Demais pedidos de esclarecimentos e casos omissos devem ser encaminhados ao email oficial do programa.

Cáceres-MT, 02 de setembro de 2026.



Documento assinado digitalmente

GLEBER NELSON MARQUES

Data: 02/09/2026 18:21:28-0300

Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Prof. Dr. Gleber Nelson Marques  
Presidente da Comissão Local - Coordenador Geral



GOVERNO DO ESTADO DE MATO GROSSO  
SECRETARIA DE ESTADO DE CIÊNCIA E TECNOLOGIA  
UNIVERSIDADE DO ESTADO DE MATO GROSSO  
CAMPUS UNIVERSITÁRIO DE CÁCERES



**ANEXO I**  
**EDITAL Nº 004/2026/PET SAÚDE I&SD - SAÚDE CONECTADA**

**DECLARAÇÃO**

Declaro, para todos os fins e consequências de direito, que as declarações contidas na ficha de inscrição, barema, carta de intenção e todos os documentos enviados são verdadeiras.

\_\_\_\_\_, \_\_/\_\_/\_\_\_\_

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

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

Assinatura do/a candidato/a



GOVERNO DO ESTADO DE MATO GROSSO  
SECRETARIA DE ESTADO DE CIÊNCIA E TECNOLOGIA  
UNIVERSIDADE DO ESTADO DE MATO GROSSO  
CAMPUS UNIVERSITÁRIO DE CÁCERES



**ANEXO II**  
**EDITAL Nº 004/2026/PET SAÚDE I&SD - SAÚDE CONECTADA**

**FICHA DE INSCRIÇÃO**  
**SELEÇÃO DE DOCENTES PARA O PET SAÚDE- I&SD**

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|
| Nome Civil:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                    |
| Nome Social:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                    |
| Nacionalidade:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Município de Nasc: |
| <p>Qual sua orientação sexual?</p> <p>( ) Assexual (pessoa que sente pouca ou nenhuma atração sexual por outras)</p> <p>( ) Bissexual (pessoa bissexual é aquela que é atraída afetivamente e/ou sexualmente por homens e mulheres)</p> <p>( ) Gay (Homem que é atraído afetivamente e/ou sexualmente por pessoas do mesmo sexo/gênero)</p> <p>( ) Heterossexual (pessoas que se sentem atraídas e se relacionam com pessoas do sexo oposto)</p> <p>( ) Lésbica (Mulher que é atraída afetivamente e/ou sexualmente por pessoas do mesmo sexo/gênero)</p> <p>( ) Pansexual (pessoa que se sente emocional e fisicamente atraída por pessoas de todas as identidades de gênero)</p> <p>( ) Outro. Especifique _____</p> <p>Gênero: como você se identifica?</p> <p>( ) Cisgênero (pessoa que se identifica com o seu sexo biológico)</p> <p>( ) Não-binário (pessoa que não se reconhece nem como homem, nem como mulher)</p> <p>( ) Transgênero (Pessoa que possui uma identidade de gênero diferente do sexo designado no nascimento)</p> <p>( ) Outro Especifique _____</p> <p>Identificação racial</p> <p>( ) Parda ( ) Indígena ( ) Amarela ( ) Preta ( ) Branca</p> |                    |
| RG:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Órgão Exp:         |
| UF:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Data de Expedição: |
| Endereço:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Nº                 |
| Bairro:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | CEP:               |
| Município:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | UF:                |
| CPF:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                    |
| Curso:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Semestre:          |



GOVERNO DO ESTADO DE MATO GROSSO  
SECRETARIA DE ESTADO DE CIÊNCIA E TECNOLOGIA  
UNIVERSIDADE DO ESTADO DE MATO GROSSO  
CAMPUS UNIVERSITÁRIO DE CÁCERES



|                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                    |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Matrícula :                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                    |
| Telefone (whatsapp) :                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                    |
| E-mail:                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                    |
| Dados bancários para recebimento da bolsa:                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                    |
| Banco: _____ Agência nº: _____ Conta nº: _____ Tipo: ( )Conta corrente ( )Poupança                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                    |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                    |
| Filiação                                                                                                                                                                                                                                                                            | Mãe:                                                                                                                               |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Pai:                                                                                                                               |
| Grupo Tutorial de maior interesse (escolha um)                                                                                                                                                                                                                                      | ( ) Grupo I ( ) Grupo II ( ) Grupo III ( ) Grupo IV ( ) Grupo V                                                                    |
| Caso você não se classifique para o grupo escolhido,                                                                                                                                                                                                                                | ( ) tenho interesse em participar de outros grupos tutoriais.<br>( ) não tenho interesse em participar de outros grupos tutoriais. |
| <p style="text-align: center;"><b>Declaração</b></p> <p>Declaro, para todos os fins e consequências de direito, que as declarações contidas na ficha de inscrição e demais documentos enviados são verdadeiros.</p> <p>_____-MT , ____/____/2026</p><br><br><p>Assinatura _____</p> |                                                                                                                                    |



GOVERNO DO ESTADO DE MATO GROSSO  
SECRETARIA DE ESTADO DE CIÊNCIA E TECNOLOGIA  
UNIVERSIDADE DO ESTADO DE MATO GROSSO  
CAMPUS UNIVERSITÁRIO DE CÁCERES



**ANEXO III**  
**EDITAL Nº 004/2026/PET SAÚDE I&SD - SAÚDE CONECTADA**

**BAREMA DE PONTUAÇÃO DO DOCENTE**

| ITENS PARA AVALIAÇÃO                                                                                                                                                                                                                        | PONTUAÇÃO MÁXIMA | PONTOS |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|--------|
| 1. Experiência em projetos com temas relacionados ao PET Saúde Digital. (2 pontos por semestre comprovado por projeto para coordenadores e 1 ponto para membro)                                                                             | 20               |        |
| 2. Atividades universitárias realizadas em projetos de ensino, pesquisa ou extensão:<br>2.1. bolsista Pet-Saúde (1,0 ponto por semestre letivo)<br>2.2. Coordenador de projeto: 1 ponto por semestre;<br>2.3. Membro de projeto: 0.25 ponto | 10               |        |
| 3. Participação em eventos acadêmicos<br>3.1. Comunicação oral (0.5 ponto cada)<br>3.2. Pôster (0,5 ponto cada)<br>3.3 Organização/apoio (0.5 ponto cada)<br>3.3. Ouvinte - mínimo 20 horas de duração (0,25 pt cada)                       | 5                |        |
| 4. Artigo completo (na área) publicado em livro ou revista (01 ponto cada)                                                                                                                                                                  | 5                |        |
| 5. Publicação em anais de eventos científicos na área<br>5.1. Trabalho completo (1 ponto cada)<br>5.2. Resumo expandido (0,5 ponto cada)<br>5.3. Resumo simples (0,25 ponto cada)                                                           | 10               |        |
| 6. Titulação mais alta comprovada na área:<br>6.1. Especialista 2 pontos<br>6.2. Mestre 5 pontos<br>6.3. Doutor ou portador RQE 10 pontos                                                                                                   | 10               |        |
| <b>TOTAL</b>                                                                                                                                                                                                                                | <b>60</b>        |        |

Nome civil: \_\_\_\_\_  
Nome social: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do/a candidato/a



GOVERNO DO ESTADO DE MATO GROSSO  
SECRETARIA DE ESTADO DE CIÊNCIA E TECNOLOGIA  
UNIVERSIDADE DO ESTADO DE MATO GROSSO  
CAMPUS UNIVERSITÁRIO DE CÁCERES



ANEXO IV

EDITAL Nº 004/2026/PET SAÚDE I&SD - SAÚDE CONECTADA

FICHA DE INSCRIÇÃO PARA SELEÇÃO DE PROFISSIONAIS E TRABALHADORES DA SAÚDE

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                    |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|
| Nome Civil:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                    |
| Nome Social:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                    |
| Nacionalidade:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Município de Nasc: |
| Qual sua orientação sexual?<br>( ) Assexual (pessoa que sente pouca ou nenhuma atração sexual por outras)<br>( ) Bissexual (pessoa bissexual é aquela que é atraída afetivamente e/ou sexualmente por homens e mulheres)<br>( ) Gay (Homem que é atraído afetivamente e/ou sexualmente por pessoas do mesmo sexo/gênero)<br>( ) Heterossexual (pessoas que se sentem atraídas e se relacionam com pessoas do sexo oposto)<br>( ) Lésbica (Mulher que é atraída afetivamente e/ou sexualmente por pessoas do mesmo sexo/gênero)<br>( ) Pansexual (pessoa que se sente emocional e fisicamente atraída por pessoas de todas as identidades de gênero)<br>( ) Outro. Especifique _____ |                    |
| Gênero: como você se identifica?<br>( ) Cisgênero (pessoa que se identifica com o seu sexo biológico)<br>( ) Não-binário (pessoa que não se reconhece nem como homem, nem como mulher)<br>( ) Transgênero (Pessoa que possui uma identidade de gênero diferente do sexo designado no nascimento)<br>( ) Outro Especifique _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                    |
| Identificação racial<br>( ) Parda ( ) Indígena ( ) Amarela ( ) Preta ( ) Branca                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                    |
| Nome da mãe:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                    |
| RG:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Órgão Exp:         |
| UF:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Data de Expedição: |
| Endereço:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Nº                 |
| Bairro:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | CEP:               |
| Município:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | UF:                |
| CPF:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                    |
| Função:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Setor:             |
| Tipo de Bolsa:<br>( ) Preceptorial ( ) Orientação de Serviço                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                    |



GOVERNO DO ESTADO DE MATO GROSSO  
SECRETARIA DE ESTADO DE CIÊNCIA E TECNOLOGIA  
UNIVERSIDADE DO ESTADO DE MATO GROSSO  
CAMPUS UNIVERSITÁRIO DE CÁCERES



|                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Telefone (whatsapp) :                                                                                                                                                                                                                                                         |
| Dados bancários para recebimento da bolsa:                                                                                                                                                                                                                                    |
| Banco: _____ Agência nº: _____ Conta nº: _____ Tipo: ( )Conta corrente ( )Poupança                                                                                                                                                                                            |
| E-mail:                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <p style="text-align: center;"><b>Declaração</b></p> <p>Declaro, para todos os fins e consequências de direito, que as declarações contidas na ficha de inscrição e demais documentos enviados são verdadeiros.</p> <p>_____ -MT , ____/____/2026</p> <p>Assinatura _____</p> |



**ANEXO V**  
**EDITAL Nº 004/2026/PET SAÚDE I&SD - SAÚDE CONECTADA**

**DECLARAÇÃO DE VÍNCULO E AUTORIZAÇÃO DA CHEFIA**

Eu, \_\_\_\_\_ desempenho a função de \_\_\_\_\_ na instituição de saúde \_\_\_\_\_, declaro que estou ciente e autorizo a participação do Médico(a)/Enfermeiro(a)/Profissional de Saúde \_\_\_\_\_ que atua na unidade \_\_\_\_\_ desta instituição a pleitear uma vaga de:

**( ) bolsa de preceptoría OU**

**( ) bolsa de orientação de serviço,**

para implementação do programa PET SAÚDE – Informação e Saúde Digital do Ministério da Saúde, com o compromisso de atender os discentes e profissionais participantes do programa, bem como a cumprir as atribuições previstas no edital, dedicando 8h semanais para as atividades em campo na supervisão, orientação e planejamento participativo das ações desenvolvidas.

Cáceres - MT, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2026.

|                                                                        |                                                                     |
|------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|
| <p>_____<br/>Nome completo do candidato<br/>(Assinatura e carimbo)</p> | <p>_____<br/>Nome completo da chefia<br/>(Assinatura e carimbo)</p> |
|------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|



**ANEXO VI**  
**EDITAL Nº 004/2026/PET SAÚDE I&SD - SAÚDE CONECTADA**

**CARTA DE INTENÇÃO**

Eu, \_\_\_\_\_ desempenho a função de  
\_\_\_\_\_ na instituição de saúde \_\_\_\_\_,  
declaro que:

1. Quanto ao ensino a estudantes monitores:

( ) tenho experiência como preceptor;

( ) já auxiliei na instrução de estudantes ou estagiários no meu campo de trabalho, mas não como preceptor;

( ) não tenho experiência prévia, mas tenho interesse em atuar na instrução de estudantes do projeto no meu campo de trabalho e preceptoria;

2. Quanto ao meu interesse em participar de processos inovadores na saúde:

( ) já fiz cursos relacionados à inovação tecnológica digital na saúde, e interesse-me em aprofundar.

( ) não tenho cursos no assunto, mas tenho interesse no tema e gostaria de me aprofundar.

( ) não tenho formação no assunto e não utilizo no meu trabalho.

3. Quanto ao meu conhecimento sobre o uso de computadores e celulares:

( ) sei usar o computador para os serviços que preciso fazer no trabalho, não tenho dificuldades em usar o computador para elaborar documentos e enviar emails.

( ) sei usar o computador para os serviços que preciso fazer no trabalho, mas tenho dificuldades em usar o computador para elaborar documentos e enviar emails.

( ) sei usar o computador para navegar na internet e enviar emails, mas gostaria de aprender mais.

( ) não sei usar o computador, mas gostaria de aprender.

( ) não sei usar o computador porque não é necessário no meu serviço.

4. Quantos cursos ou capacitações você realizou nos últimos 2 anos: \_\_\_\_\_. Os certificados deverão ser apresentados no ato de cadastro do bolsista. A discordância das informações poderá implicar na desclassificação do candidato.

Cáceres - MT, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2026.

\_\_\_\_\_  
Nome e Assinatura