**EDITAL N° 2 DE 27 DE AGOSTO DE 2025**

**PROGRAMA DE EDUCAÇÃO MÉDICA CONTINUADA DO CRM-AP**

**CURSO ATLS (ADVANCED TRAUMA LIFE SUPPORT)**

**1 - O QUE É EDUCAÇÃO MÉDICA CONTINUADA?**

O Programa de Educação Médica Continuada é uma iniciativa do Conselho Federal de Medicina (CFM) em parceria com os Conselhos Regionais de Medicina. O Conselho Regional de Medicina do Estado do Amapá (CRM-AP), por meio desta iniciativa, visa aprimorar o conhecimento médico, promovendo melhorias na qualidade do atendimento e no exercício ético da medicina.

Considerando que "o médico deve aprimorar continuamente seus conhecimentos e usar o melhor do progresso científico em benefício do paciente" (art. 4º do Código de Ética Médica), a educação continuada é indispensável para o exercício profissional, sendo imprescindível "realizar estudos, pesquisas, assessoria, debates e eventos visando o aperfeiçoamento da ética, do ensino e da prática médica" (art. 4º).

Além disso, os cursos do Programa de Educação Médica Continuada visam aproximar o Conselho Regional de Medicina dos médicos, graduandos do curso de medicina e pós-graduandos de residências médicas, por meio da discussão de temas importantes e relevantes para o exercício ético da medicina. Este programa também inclui atividades acadêmicas, em parceria com a coordenação do curso de medicina da Universidade Federal do Amapá, visando a boa formação dos futuros profissionais médicos, assim como o aprimoramento do conhecimento científico da região.

**2 - CURSO ATLS (ADVANCED TRAUMA LIFE SUPPORT)**

O principal objetivo do curso é fornecer conhecimentos abrangentes e facilmente aplicáveis, além de desenvolver habilidades práticas para atender às diversas necessidades dos pacientes com trauma.

O curso capacita os profissionais a:

* Identificar rapidamente lesões críticas;
* Priorizar intervenções que salvam vidas;
* Aplicar técnicas avançadas de manejo de traumas múltiplos;
* Melhorar os desfechos clínicos dos pacientes traumatizados.

Os conhecimentos adquiridos no ATLS são indispensáveis para garantir um atendimento de alta qualidade, contribuindo significativamente para salvar vidas e minimizar sequelas em situações de emergência.

**3 – DATAS, HORÁRIOS E LOCAL**

Turma única (16 alunos)

08/11/2025, das 7h30 às 18h00.

9/11/2025, das 7h30 às 18h00.

LOCAL: Local a definir pela empresa contratada.

**4 - PÚBLICO-ALVO**

O curso ATLS é destinado aos médicos que atuam prioritariamente nas portas de pronto atendimento de trauma (área destinada ao atendimento imediato de vítimas de traumas) do Amapá. Serão ofertadas 16 (dezesseis) vagas.

**Distribuição de vagas por unidade:**

* Hospital de Emergência: 6 vagas.
* Hospital de Laranjal do Jari: 1 vaga.
* UPA da Zona Norte: 1 vaga.
* Hospital de Oiapoque: 1 vaga.
* Porto Grande: 1 vaga.
* Hospital de Santana: 3 vagas.
* UPA municipal de Macapá: 2 vagas.
* Upa Zona Sul : 1 vaga.

**4.1 - INFORMAÇÕES DE PRÉ-TESTE E TESTE**

A empresa contratada vai informar os detalhes do pré-teste e teste a serem realizados pelos médicos.

**4.2 – INFORMAÇÕES SOBRE RETIRADA DO LIVRO**

A empresa contratada vai informar os detalhes sobre a retirada, que será feita no prédio do CRM-AP, localizado na Avenida Feliciano Coelho, n° 1060, bairro: Trem, Macapá-AP.

**5 - REALIZADOR DO ATLS**

Como citado, a Educação Médica Continuada é um projeto do Conselho Federal de Medicina em parceria com o Conselho Regional de Medicina do Estado do Amapá. O CRM-AP realizou Pregão Eletrônico nº 90001/2025, para a realização do Curso de Advanced Trauma Life Support – ATLS, na qual a vencedora do certame foi o Núcleo de Ensino em Saúde e Emergências de Sergipe – NESES, inscrita no CNPJ. sob n.º 26.850.902/0001-00, sediada na Rua Jornalista Paulo Costa, 810, Bairro Atalaia CEP: 49037-340 - Aracaju – SE.

**6 - DOCUMENTOS NECESSÁRIOS PARA INSCRIÇÃO NO CURSO ATLS**

Para se inscrever, os interessados devem enviar a documentação por meio do link que será disponibilizado no site do CRM-AP [www.crmap.org.br](http://www.crmap.org.br). Em caso de mais informações entrar em contato por meio do **educacaomedicacrmap@gmail.com** no período de **04/09/2025 a 17/09/2025.**

Os documentos obrigatórios são:

* Ficha de Inscrição (Anexo II do edital).
* Declaração de Compromisso (Anexo III do edital).
* Termo de Consentimento para Tratamento de Dados Pessoais (Anexo IV do edital).
* Certidão Negativa de Débito do CRM-AP.
* **Comprovante de Vínculo Empregatício em um centro contemplado no edital. (Carta de apresentação do chefe imediato - RT).**
* Currículo Profissional.

**7 - DAS DISPOSIÇÕES FINAIS**

**Em caso de desistência, após homologadas as inscrições, os médicos têm de 19/09/2025 a 29/09/2025 para realizá-la, sendo necessário protocolar a justificativa na secretaria do CRM-AP.** A justificativa será analisada pela coordenação da Comissão de Educação Médica Continuada. Médicos que desistirem do curso durante sua realização ou sem a devida justificativa poderão **ficar impedidos de participar de capacitações pelos próximos (2) dois anos.**

**José Maria Costa Rassy Filho**

**Coordenador da Educação Médica Continuada do CRM-AP**

**ANEXO I  
CRONOGRAMA  
CAPACITAÇÃO DE MÉDICOS EM ATLS**

|  |  |
| --- | --- |
| **PROCEDIMENTOS** | **DATAS** |
| **PERÍODO DE INSCRIÇÃO** | 04/09/2025 a 16/09/2025 |
| **DIVULGAÇÃO DAS INSCRIÇÕES HOMOLOGADAS** | 18/ 09/ 2025 |
| **PRAZO FINAL DE ENVIO DE JUSTIFICATIVA DE DESISTÊNCIA** | 19/09/2025 A 29/09/2025 |
| **SEGUNDA CHAMADA DE VAGAS REMANESCENTES** | 30/09/2025 |
| **DATA DA REALIZAÇÃO DA CAPACITAÇÃO ATLS** | 1ª Turma única  16 médicos  08/11/2025, das 7h30 às 18h00.  9/11/2025, das 7h30 às 18h00. |

**ANEXO II  
PROGRAMA DE EDUCAÇÃO MÉDICA CONTINUADA  
CAPACITAÇÃO DE MÉDICOS EM ATLS**

**FICHA DE INSCRIÇÃO**

* NOME COMPLETO:

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

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

* NÚMERO DO CRM-AP:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* DATA DE NASCIMENTO:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* ENDEREÇO:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* BAIRRO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* CIDADE: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* TELEFONE:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* E-MAIL:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* LOCAL DE TRABALHO:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ANEXO III  
DECLARAÇÃO DE COMPROMISSO**

Eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

CRM-AP nº \_\_\_\_, declaro estar ciente do compromisso assumido no Edital n°2, de 27 de agosto de 2025, e das normas estabelecidas no Programa de Educação Médica Continuada - **CURSO ATLS (ADVANCED TRAUMA LIFE SUPPORT)**

Comprometo-me a ter uma postura profissional e a respeitar as normas do CRM-AP.

Macapá - AP,\_\_\_\_\_\_de\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 2025.

**Assinatura:  
Médico Participante**

**ANEXO IV**

**TERMO DE CONSENTIMENTO PARA TRATAMENTO DE DADOS PESSOAIS**

**LEI GERAL DE PROTEÇÃO DE DADOS PESSOAIS-LGPD**

Através de presente instrumente, eu \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ inscrito (a) no CPF sob n° \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, aqui denominado (a) como TITULAR, venho por meio deste, autorizar que o Conselho Regional de Medicina do Estado do Amapá, aqui denominado como CONTROLADOR, inscrito no CNPJ 04.199.826/0001-82, disponha dos meus dados pessoais e dados pessoais sensíveis, de acordo com os artigos 7 e 11 da Lei nº 13.709/2018, conforme disposto neste termo, para minha participação no Programa de Educação Médica Continuada do CRM-AP.

**CLÁUSULA PRIMEIRA**

**Dados Pessoais**

- O Titular autoriza o Controlador a realizar o tratamento, ou seja, a utilizar os seguintes dados pessoais para os fins que serão relacionados na cláusula segunda:

- Nome completo;

- Data de nascimento;

- Número da Carteira de Identidade (RG) ;

- Número do Cadastro de Pessoa Física (CPF) ;

- Número da Carteira Nacional de Habilitação (CNH) (quando necessário para a função contratada);

- Endereço completo;

- Números de telefone, whatsapp e endereços de e-mail,

- Comunicação, verbal e escrita, mantida entre o Titular e o Controlador;

- Número da Carteira Profissional.

**CLÁUSULA SEGUNDA**

**Finalidade do Tratamento dos Dados**

O Titular autoriza que o Controlador utilize os dados pessoais e dados pessoais sensíveis listados neste termo para as seguintes finalidades;

- Permitir que o Controlador identifique e entre em contato com o titular, em razão da participação no Cursos da Programa de Educação Médica Continuada;

- Para os necessários procedimentos da emissão dos certificados de conclusão, junto com a operadora dos cursos;

- Para cumprimento, pelo Controlador, de obrigações impostas por órgãos de fiscalização;

- Quando necessário para executar um contrato, no qual seja parte e titular;

- A pedido do titular dos dados;

-Para o exercício regular de direitos em processo judicial, administrativo ou arbitral;

- Para a proteção da vida ou da incolumidade física do titular ou de terceiros;

- Para a tutela da saúde, exclusivamente, em procedimento realizado por profissionais de saúde, serviços de saúde ou autoridade sanitária;

- Quando necessário para atender aos interesses legítimos de controlador ou de terceiros, exceto no caso de prevalecerem direitos e liberdades fundamentais do titular que exijam a proteção dos dados pessoais;

- Permitir que o Controlador utilize esses dados para a contratação e prestação de serviços diversos dos inicialmente ajustados, desde que o Titular também demonstre interesse em contratar noves serviços.

**Parágrafo Primeiro:** Caso seja necessário o compartilhamento de dados com terceiros que não tenham sido relacionados nesse termo ou qualquer alteração contratual posterior, será ajustado novo termo de consentimento para este fim (§6 do artigo 8° § 2º do artigo 9º da Lei nº 13.709-2018).

**Parágrafo Segundo:** Em caso de alteração na finalidade, que esteja em desacordo com o consentimento original, o Controlador deverá comunicar ao Titular, que poderá revogar consentimento, conforme previsto na cláusula sexta

**CLÁUSULA TERCEIRA**

**Compartilhamento de Dados**

O Controlador fica autorizado a compartilhar os dados pessoais do Titular com outros agentes de tratamento de dados, caso seja necessário para as finalidades listadas neste instrumento, desde que sejam respeitados os princípios da boa-fé, finalidade, adequação, necessidade, livre acesso, qualidade dos dados, transparência, segurança, prevenção, não discriminação e responsabilização e prestação de contas.

**CLÁUSULA QUARTA**

**Responsabilidade pela Segurança dos Dados**

O Controlador se responsabiliza por manter medidas de segurança, técnicas e administrativas suficientes a proteger os dados pessoais do Titular e à Autoridade. Nacional de Proteção de Dados (ANPD), comunicando ao Titular, caso ocorra algum incidente de segurança que possa acarretar riscos ou dano relevante, conforme artigo 48 da Lei a 13.709/2020.

**CLÁUSULA QUINTA**

**Término do Tratamento dos Dados**

Ao Controlador, é permitido manter e utilizar os dados pessoais do Titular durante todo o período contratualmente firmado para as finalidades relacionadas nesse termo e ainda após o término da contratação para cumprimento de obrigação legal ou impostas por órgãos de fiscalização, nos termos do artigo 16 da Lei nº 13,709/2018.

**CLÁUSULA SEXTA**

**Direito de Revogação do Consentimento**

O Titular poderá revogar seu consentimento, a qualquer tempo, por e-mail ou por carta escrita, conforme a artigo 8º, 5º, da Lei nº 13.709/2020

O Titular: fica ciente de que o Controlador poderá permanecer utilizando os dados para as seguintes finalidades:

- Para cumprimento, pelo Controlador, de obrigações impostas por órgãos de fiscalização;

-Para o exercício regular de direitos em processo judicial, administrativo ou arbitral,

- Para a proteção da vida ou da incolumidade física de titular ou de terceiros;

-Para a tutela da saúde, exclusivamente, em procedimento realizado por profissionais de saúde, serviços de saúde ou autoridade sanitária,

- Quando necessário para atender aos interesses legítimos do Controlador ou de terceiros, exceto no caso de prevalecerem direitos e liberdades fundamentais do titular que exijam a proteção dos dados pessoais.

**CLAUSULA SÉTIMA**

**Vazamento de Dados ou Acessos Não Autorizados-Penalidades.**

As partes poderão entrar em acordo, quanto aos eventuais danos causados, caso exista o vazamento de dados pessoais ou acessos não autorizados, e caso não haja acordo, o Controlador tem ciência que estará sujeito às penalidades previstas no artigo 52 da Lei nº 13.709/2018.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_de \_\_\_\_\_\_\_\_de 2025

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

**TITULAR**

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

**CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO AMAPÁ**

**CONTROLADOR**