

## PROTOCOLO

### Programa de Estágios nas Clínicas Médico-Dentárias Portuguesas

A **Associação Nacional de Estudantes de Medicina Dentária (ANEMD)** e a **Associação Nacional de Clínicas (ANC)** pretendem promover o acesso de estudantes inscritos no Mestrado Integrado em Medicina Dentária em Escolas Médico-Dentárias Portuguesas a estágios observacionais certificados nas Clínicas Médico-Dentárias Portuguesas. Estes estágios constituem uma forma de enriquecimento do *curriculum vitae* dos candidatos, um modo de aquisição de competências e de capacidades que lhes permita uma maior adaptação ao mercado de trabalho e um meio para consolidação da aprendizagem teórica e prática adquirida na respetiva formação académica.

A **Associação Nacional de Estudantes de Medicina Dentária**, com sede na Avenida Doutor Bissaya Barreto – Bloco de Celas, 3000-075 Coimbra, pessoa coletiva número 514 388 838, neste ato representada pelo Presidente da Direção, Rúben Felizardo,

E

A **Associação Nacional de Clínicas**, com sede na Avenida Capitão Salgueiro Maia 16 4ºA, 1885-094 Lisboa, pessoa coletiva número 516 005 740, neste ato representada pelo Presidente da Direção, André Simões,

Celebram, assim, o presente Protocolo de Cooperação, sob designação de “**Programa de Estágios nas Clínicas Médico-Dentárias Portuguesas**”, o qual corresponde à vontade das partes e é regido pelas seguintes:

#### Cláusula 1.<sup>a</sup>

##### Objetivos

1. O presente Protocolo tem como objetivo implementar o designado *Programa de Estágios nas Clínicas Médico-Dentárias Portuguesas*, que assume os seguintes objetivos:
  - a. Fomentar a interação dos estudantes do Mestrado Integrado em Medicina Dentária com Médicos-Dentistas membros da **Ordem dos Médicos Dentistas (OMD)**;
  - b. Contribuir para uma melhor qualificação profissional e preparação para o ingresso no mercado de trabalho;
  - c. Reforçar as qualificações técnico-práticas dos estudantes do Mestrado Integrado em Medicina Dentária, através do contacto com a realidade do exercício da profissão Médico-Dentária em contexto laboral;
  - d. Promover o reconhecimento pelas empresas de novas formações e qualificações certificadas na área da Medicina Dentária.

## **Cláusula 2.<sup>a</sup>**

### **Tipos de Estágios**

1. O *Programa de Estágios nas Clínicas Médico-Dentárias Portuguesas* contempla estágios extracurriculares, que se destinam a estudantes inscritos no Mestrado Integrado em Medicina Dentária.
2. Neste programa estão abrangidos os Estágios Médico-Dentários Observacionais em Férias Letivas, podendo eventualmente ser contemplados outros tipos de estágios que venham a ser acordados entre ambas as Partes.

## **Cláusula 3.<sup>a</sup>**

### **Coordenação**

A coordenação do **Programa de Estágios nas Clínicas Médico-Dentárias Portuguesas**, nos termos do presente Protocolo, é da competência de ambas as Partes.

## **Cláusula 4.<sup>a</sup>**

### **Deveres**

1. São deveres da ANEMD:
  - a. Executar o Protocolo e divulgá-lo junto dos seus associados e dos estudantes;
  - b. Coordenar o processo de inscrição e colocação dos estagiários nos locais de estágio disponíveis, competindo-lhe a gestão logística necessária;
  - c. Monitorizar a realização dos estágios, em articulação com as entidades parceiras;
  - d. Informar a ANC sobre a recetividade e feedback dos estudantes na forma de acolhimento ao Programa.
2. São deveres da ANC:
  - a. Divulgar o presente Protocolo junto dos seus associados;
  - b. Incentivar as Clínicas associadas a participarem ativamente no que respeita à realização do presente protocolo;
  - c. Coordenar o processo de levantamento das ofertas de estágios por parte das clínicas;
  - d. Informar a ANEMD do número de vagas disponíveis nas clínicas candidatas ao presente Programa;
  - e. Fornecer e clarificar a todos os associados a informação necessária e requisitos para a exímia execução do Protocolo.

## **Cláusula 5.<sup>a</sup>**

### **Formulário de Oferta de Estágios**

Constitui anexo ao presente Protocolo, e dele faz parte integrante, o documento intitulado “Programa de Estágios nas Clínicas Médico-Dentárias Portuguesas - Formulário de Estágios pelas Clínicas”, que corresponde ao Anexo I.

## **Cláusula 6.<sup>a</sup>**

### **Candidatura do Estudante**

1. Compete ao candidato ao estágio:

- a. Formalizar a candidatura através do Formulário de Candidatura, correspondente ao Anexo II, disponível no Portal da ANEMD, tendo de anexar o respetivo *curriculum vitae* e comprovativo de inscrição no Mestrado Integrado em Medicina Dentária de uma Escola Médico-Dentária Portuguesa;
- b. Assinar e remeter à ANEMD o Termo de Aceitação de Estagiário, correspondente ao Anexo III, que formaliza o processo, considerando-se a partir desse momento vinculado à realização do estágio na clínica.

#### **Cláusula 7.<sup>a</sup>**

##### **Seleção e Admissão dos Candidatos**

A seleção e admissão dos possíveis estagiários será realizada por parte da Clínica promotora do estágio, tendo esta de notificar a ANEMD sobre a Sieriação de Colocação de Candidatos admitidos, correspondente ao Anexo IV.

#### **Cláusula 8.<sup>a</sup>**

##### **Natureza**

1. O estágio reveste uma natureza voluntária, podendo decorrer numa Clínica entre um período mínimo de 1 semana e o período máximo de 2 meses.
2. Os estágios integram-se na atividade geral da Clínica, com observação em diversas áreas ou numa área específica, de reconhecido interesse científico e profissional para o estudante.

#### **Cláusula 9.<sup>a</sup>**

##### **Competências da Clínica Promotora do Estágio**

1. Entende-se como Clínica Promotora do Estágio aquelas que são associadas da ANC e aceitem receber estagiários no âmbito do presente Protocolo.
2. Compete à empresa promotora do estágio:
  - a. Celebrar um Acordo de Estágio como consta na Cláusula 10.<sup>a</sup>;
  - b. Designar um orientador que define, no início do estágio, as tarefas a desempenhar pelo estagiário, de acordo com a sua formação científica e técnica, mediante a elaboração de um Plano de Estágio, e que assegura o acompanhamento do estagiário;
  - c. Disponibilizar ao estagiário os meios necessários para o desempenho das tarefas que lhe forem atribuídas, salvo equipamentos que o estagiário tenha sido informado no Acordo de Estágio que seriam de sua responsabilidade de aquisição;
  - d. Realizar a avaliação qualitativa final do estagiário, através da Ficha de Avaliação do Estágio, correspondente ao Anexo V, e enviar ao estagiário o Certificado de Estágio, correspondente ao Anexo VI, no período de 1 mês (30 dias) após o término do estágio;
  - e. Cumprir com os dispositivos legais aplicáveis à execução do estágio.

#### **Cláusula 10.<sup>a</sup>**

##### **Acordo de Estágio**

1. O Acordo de Estágio deve constar o seguinte:

- a. Identificar as partes, com indicação do domicílio e sede;
- b. Indicar a duração do estágio;
- c. Indicar a data de início;
- d. Indicar a área em que o estágio se desenvolve e as funções e tarefas atribuídas ao estagiário, correspondente ao Plano de Estágio;
- e. Indicar o local e período diário e semanal das atividades do estagiário;
- f. Indicar a data de celebração do acordo.

### **Cláusula 11.<sup>a</sup>**

#### **Deveres do Estagiário**

1. O estagiário deve:
  - a. Efetuar o estágio com assiduidade e pontualidade;
  - b. Desenvolver as suas tarefas, nos termos do Plano de Estágio, incluído no Acordo de Estágio, como disposto na Cláusula 10.<sup>a</sup>, aprovado pela entidade promotora;
  - c. Cumprir as normas e regulamentos da entidade promotora;
  - d. Zelar pela boa utilização dos bens e instalações colocados à sua disposição;
  - e. Abster-se de divulgar dados pessoais e clínicos obtidos no decurso do programa;
  - f. Realizar a avaliação qualitativa final do estágio, através do preenchimento da Ficha de Avaliação do Estágio, correspondente ao Anexo VII.

### **Cláusula 12.<sup>a</sup>**

#### **Comissão de Acompanhamento**

1. A Comissão de Acompanhamento é constituída por um representante de cada parte signatária do Protocolo.
2. A Comissão de Acompanhamento reunirá sempre que uma das partes o solicite.

### **Cláusula 13.<sup>a</sup>**

#### **Comunicações**

Sem prejuízo das formalidades previstas legal ou contratualmente, convencionou-se que quaisquer comunicações a realizar no âmbito do presente protocolo terão lugar através de correio eletrónico para os seguintes endereços:

ANEMD: [dep.parcerias@anemd.pt](mailto:dep.parcerias@anemd.pt)

ANC: [anc.pt@gmail.com](mailto:anc.pt@gmail.com)

### **Cláusula 14.<sup>a</sup>**

#### **Interpretação do Regulamento**

1. Em caso de dúvida quanto à interpretação de qualquer das normas do presente Protocolo, será a mesma analisada e resolvida pela Comissão de Acompanhamento do Protocolo, mediante prévia solicitação escrita.
2. A Comissão de Acompanhamento do Protocolo deverá responder à solicitação no prazo máximo de 10 dias úteis, a contar da data de entrada da mesma.

### **Cláusula 15.<sup>a</sup>**

#### **Entrada em vigor e vigência**

1. O presente Protocolo entra em vigor na data da sua assinatura pelas Partes e tem uma duração de 3 anos civis.
2. A renovação do presente protocolo será automática, caso as Partes não comuniquem, pelo menos trinta dias antes do seu termo, a sua intenção em não renovar com a respectiva justificação de não renovação.
3. Os termos do presente Protocolo poderão ser alterados em função da necessidade da concordância das partes.

- Anexo I** Formulário de Estágios pelas Clínicas
- Anexo II** Formulário de Candidatura
- Anexo III** Termo de Aceitação do Estagiário
- Anexo IV** Termo de Aceitação da Clínica - Seriação de Colocação de Candidatos
- Anexo V** Ficha de Avaliação do Estágio pelo Orientador
- Anexo VI** Certificado de Frequência do Estágio
- Anexo VII** Ficha de Avaliação do Estágio pelo Estagiário

**ANEXO I**  
**Programa de Estágios nas Clínicas Médico-Dentárias Portuguesas**  
Formulário de Estágio pelas Clínicas

**Identificação da Empresa/Clínica**

Denominação: \_\_\_\_\_

Morada: \_\_\_\_\_

Freguesia: \_\_\_\_\_ Concelho: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

**Responsável/Orientador do Estágio:**

Nome: \_\_\_\_\_ Cargo: \_\_\_\_\_

Telemóvel: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

**Oferta de Estágio**

Área	Número de Vagas
Visualização Clínica	
Gestão de Consultório	
Outra:	

Identificação das áreas/nº de vagas:

**Caracterização do Estágio Proposto**

**Observação**

**Observação e Assistência**

Marcar com um "X" a caracterização do estágio. NOTA: Assistência, como por exemplo, ajudar na aspiração, só a alunos do 4º e 5º ano curricular desde que o orientador lhe dê essa responsabilidade.

**Período Previsto para o Estágio:**

Duração: \_\_\_\_\_ (mínimo 1 semana, 5 dias úteis)

Data Início: \_\_\_\_\_ Data Fim: \_\_\_\_\_

**Assinatura do Responsável:** \_\_\_\_\_ **Data:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/202\_\_\_\_

**ANEXO II**  
**Programa de Estágios nas Clínicas Médico-Dentárias Portuguesas**  
**Formulário de Candidatura**

**Dados Pessoais**

Nome Completo: \_\_\_\_\_

Data de Nascimento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ (DD/MM/AAAA) BI/Passaporte/CC: \_\_\_\_\_

Morada: \_\_\_\_\_

Telemóvel: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

Instituição de Ensino Superior que Frequenta: \_\_\_\_\_ Ano Curricular: \_\_\_\_\_

**Zona Pretendida**

Zona Norte (Viana do Castelo, Braga, Vila Real, Bragança, Porto, Aveiro)

Zona Centro (Viseu, Guarda, Coimbra, Castelo Branco, Leiria, Santarém)

Zona Sul (Lisboa, Portalegre, Setúbal, Évora, Beja, Faro)

Região Autónoma dos Açores

Região Autónoma da Madeira

Discriminar concelho e freguesia: \_\_\_\_\_

**Estágios a que se candidata**

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_

**Disponibilidade**

Período de: \_\_\_\_\_

**Observações/Comentários**

(Espaço reservado a informações importantes e relevantes relacionadas com a candidatura. NÃO OBRIGATÓRIO).

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

**NOTA:** O *curriculum vitae* (CV) deve ser enviado juntamente com o Certificado de Matrícula anexado a este documento.

Assinatura do Candidato: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_/\_\_\_/202\_\_



### ANEXO III

#### **Programa de Estágios nas Clínicas Médico-Dentárias Portuguesas** Termo de Aceitação para Estagiário

Nos termos do Protocolo de Estágios nas Clínicas Médico-Dentárias Portuguesas, subscrito pela Associação Nacional de Estudantes de Medicina Dentária (ANEMD) e Associação Nacional de Clínicas (ANC), Eu, \_\_\_\_\_, venho pelo presente declarar que nesta data tomei conhecimento do Regulamento do Programa de Estágios, que o mesmo é por mim aceite nos seus precisos termos, comprometendo-me à realização do estágio na clínica promotora, respeitando e cumprindo todas as disposições regulamentares, bem como as disposições normativas que sejam aplicáveis à execução do mesmo.

O Signatário (Estagiário)

Nome Completo: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

BI / Cartão de Cidadão n.º: \_\_\_\_\_

NIF: \_\_\_\_\_

Assinatura do Candidato: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/202\_\_\_\_

**ANEXO IV**  
**Programa de Estágios nas Clínicas Médico-Dentárias Portuguesas**

Termo de Aceitação para a Clínica

Nos termos do Protocolo de Estágios nas Clínicas Médico-Dentárias Portuguesas, subscrito pela Associação Nacional de Estudantes de Medicina Dentária (ANEMD) e Associação Nacional de Clínicas (ANC), a Clínica/Empresa \_\_\_\_\_, pessoa coletiva nº \_\_\_\_\_, com sede em \_\_\_\_\_, vem pelo presente declarar que tomou conhecimento do Regulamento do Programa de Estágios, que o mesmo é aceite nos seus precisos termos, constituindo-se como entidade promotora de estágios, em integral cumprimento de todas as disposições regulamentares, bem como das disposições normativas que lhe sejam aplicáveis à execução dos estágios.

Data: \_\_\_/\_\_\_/202\_\_\_

\_\_\_\_\_

Assinatura legal do representante ou procurador

Seriação na Colocação de Candidatos

**Identificação da Empresa/Clínica**

Denominação: \_\_\_\_\_

Morada: \_\_\_\_\_

Freguesia: \_\_\_\_\_ Concelho: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

Colocados	Período Previsto para o Estágio
1.	1.
2.	2.
3.	3.

Assinatura: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_/\_\_\_/202\_\_\_

**ANEXO V**  
**Programa de Estágios nas Clínicas Médico-Dentárias Portuguesas**  
**Ficha de Avaliação do Estágio**  
(A preencher pelo Orientador de Estágio)

**Identificação**

Nome do Estagiário: \_\_\_\_\_

Entidade Promotora: \_\_\_\_\_

Tipo de Estágio: \_\_\_\_\_

Área de Estágio/Função: \_\_\_\_\_

Duração: De \_\_\_\_\_ até \_\_\_\_\_ de 202\_\_ com a duração de \_\_\_\_h

Nome do Orientador: \_\_\_\_\_

**Avaliação do Estagiário**

	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
Demonstração de conhecimentos					
Participação e Motivação					
Integração e Socialização					
Assiduidade e Pontualidade					
Desempenho de funções					
Atitude profissional					
Zelo pelo local de trabalho					
<b>Apreciação Global do Estagiário</b>					

(Avaliar de 0 a 5, em que 0 é péssimo e 5 é excelente)

Assinatura do Orientador: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/202\_\_

**ANEXO VII**  
**Programa de Estágios nas Clínicas Médico-Dentárias Portuguesas**

Ficha de Avaliação do Estágio  
(A preencher pelo estagiário)

**Identificação**

Designação da Entidade Promotora: \_\_\_\_\_

Nome do Estagiário: \_\_\_\_\_

Tipo de Estágio: \_\_\_\_\_

Área de Estágio/Função: \_\_\_\_\_

Duração: De \_\_\_\_\_ até \_\_\_\_\_ de 202\_\_ com a duração de \_\_\_\_h

Nome do Orientador: \_\_\_\_\_

	1	2	3	4	5
<b>Apreciação Global</b>					

(Avaliar de 0 a 5, em que 0 é péssimo e 5 é excelente)

**Comentários e Opiniões**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Assinatura: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/202\_\_

**ANEXO VI**  
**Programa de Estágios nas Clínicas Médico-Dentárias Portuguesas**

Certificado de Frequência

Certifica-se que \_\_\_\_\_  
(nome), natural de (concelho) \_\_\_\_\_ nascido/a em  
\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_(DD/MM/AAAA), titular do nº de identificação  
\_\_\_\_\_ (Cartão de Cidadão/BI/Passaporte), válido até  
\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (DD/MM/AAAA) frequentou o Programa de Estágios nas Clínicas  
Médico-Dentárias Portuguesas no período de \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ a \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
(DD/MM/AAAA) com duração de \_\_\_\_\_ (horas) na Clínica  
\_\_\_\_\_ em  
\_\_\_\_\_ (cidade).

\_\_\_\_\_  
Orientador de Estágio

\_\_\_\_\_  
Responsável da Clínica