

1. Desenvolve atividades teóricas para os residentes;
 2. Supervisiona atividades educacionais em campo de prática.
- Atenciosamente,

Assinatura

Assinatura

OBS: A Carta de Apresentação deverá constar as seguintes assinaturas, conforme o subitem 8.2.2.5:

I – Residência Médica vinculadas aos Hospitais: pelo Coordenador da COREME e pelo diretor do Hospital.

II – Residência Médica vinculada à Escola de Saúde Pública do Ceará: pelo coordenador da COREME e pela Gerência de Residência Médica (GREMED) da ESP/CE.

A solicitação para emissão da Carta de Apresentação dos Programas vinculados aos programas da Escola de Saúde Pública do Ceará deverá ser realizada por até 48 (quarenta e oito) horas antes do término do período de inscrição (Anexo II) via o e-mail editalsupervisores@esp.ce.gov.br, para a devida assinatura dos representantes da COREME.

ANEXO VI – MODELO DE DECLARAÇÃO DE DISPONIBILIDADE DE CARGA HORÁRIA

IDENTIFICAÇÃO DO PROJETO

Título:

PROGRAMA DE VALORIZAÇÃO DA SUPERVISÃO DE RESIDÊNCIAS EM SAÚDE

BENEFICIÁRIO

Nome do Bolsista:

Função:

Supervisor

Local de desenvolvimento do trabalho:

Carga horária:

18 horas – diurno

Declaro para os devidos fins e a quem interessar que tenho disponibilidade de 18 horas semanais para atuação enquanto supervisor, distribuída de segunda a sexta em horários diurnos.

Nada mais para constar, passo a assinar a presente declaração, sendo a mesma a expressão de verdade.

Declaro ainda estar ciente de que a declaração falsa pode implicar em sanção penal prevista no Art. 299 do Código Penal, in verbis:

Art. 299 – Omitir, em documento público ou particular, declaração que nele deveria constar, ou nele inserir ou fazer inserir declaração falsa ou diversa da que devia ser escrita, com o fim de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre o fato juridicamente relevante.

Pena: reclusão de 1 (um) a 5 (cinco) anos e multa, se o documento é público e reclusão de 1 (um) a 3 (três) anos, se o documento é particular.

Local

Data:

BENEFICIÁRIO

Nome do Bolsista:

Assinatura:

ANEXO VII – VALOR DA BOLSA

SUPERVISOR DE RESIDÊNCIA EM SAÚDE	NÚMERO DE RESIDENTES NO PROGRAMA			
	01 A 02	03 A 04	05 A 07	08 OU MAIS
SUPERVISOR FORTALEZA – ESPECIALISTA	R\$ 600,00	R\$ 800,00	R\$ 1.000,00	R\$ 1.200,00
SUPERVISOR FORTALEZA – MESTRE	R\$ 690,00	R\$ 920,00	R\$ 1.150,00	R\$ 1.380,00
SUPERVISOR FORTALEZA – DOUTOR	R\$ 780,00	R\$ 1.040,00	R\$ 1.300,00	R\$ 1.560,00
SUPERVISOR INTERIOR – ESPECIALISTA	R\$ 690,00	R\$ 920,00	R\$ 1.150,00	R\$ 1.380,00
SUPERVISOR INTERIOR – MESTRE	R\$ 780,00	R\$ 1.040,00	R\$ 1.300,00	R\$ 1.560,00
SUPERVISOR INTERIOR – DOUTOR	R\$ 900,00	R\$ 1.200,00	R\$ 1.500,00	R\$ 1.800,00

ANEXO VIII – FORMULÁRIO DE AUTODECLARAÇÃO - RESERVA DE VAGAS PARA PARTICIPANTE NEGRO (PRETO E PARDO)

Eu, _____, portador do RG: _____, inscrito (a) no CPF nº: _____, declaro, para o fim específico de concorrer no processo seletivo deste Edital, que me identifiquei como negro (preto ou pardo), conforme o quesito de cor ou raça utilizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).
Informo a seguir o(s) critério(s) utilizado(s) para me autodeclarar negro (Características fenotípicas). Especifique:

Declaro, também, estar ciente de que a comprovação da falsidade desta declaração implicará na minha exclusão do processo seletivo após procedimento administrativo, assegurado o contraditório e a ampla defesa. E que, caso a comprovação de falsidade seja após a matrícula, ficará sujeito à anulação da matrícula após procedimento administrativo, assegurado o contraditório e a ampla defesa, sem prejuízo de outras sanções cabíveis.

Declaro, ainda, estar ciente de que poderei ser convocado, a qualquer tempo, por comissões especiais da Escola de Saúde Pública para verificação da afirmação contida na presente declaração.

_____, de _____ de 2026
(local) (dia) (mês)

(Nome completo do participante / Assinatura)

*** **

APOSTILAMENTO AO CONTRATO Nº08/2026

A ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DO CEARÁ PAULO MARCELO MARTINS RODRIGUES – ESP/CE, autarquia vinculada à Secretaria da Saúde do Estado do Ceará, inscrita no CNPJ sob o nº 73.695.868/0001-27, localizada na Av. Antônio Justa, nº 3161, Meireles, Fortaleza/CE, representada por seu Superintendente em exercício FRANCISCO SALES ÁVILA CAVALCANTE, inscrito no CPF sob o nº 443.XXX.XXX-20, tendo em vista os elementos contidos no NUP 24022.005904/2026-89, resolve, com fundamento no art. 136, caput da Lei nº 14.133/2021, **realizar o Apostilamento ao Contrato nº08/2026**, firmado entre a ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DO CEARÁ PAULO MARCELO MARTINS RODRIGUES – ESP/CE e a EMPRESA IOLA COMÉRCIO, HOTÉIS E SERVIÇOS LTDA, para incluir a seguinte dotação orçamentária:

FONTE	MAPP	PROJETO FINALÍSTICO (PF)	REG	DOTAÇÃO	CLASSIFICAÇÃO
500	2449022024	2404010252025C	01	1719755	24200814.10.302.171.20657.01.339039.1.500.9100000.0
500	2449022024	2404010252025C	02	1244069	24200814.10.302.171.20657.02.339039.1.500.9100000.0
500	2449022024	2404010252025C	04	1304858	24200814.10.302.171.20657.04.339039.1.500.9100000.0
500	2449022024	2404010252025C	05	1757455	24200814.10.302.171.20657.05.339039.1.500.9100000.0
500	2449022024	2404010252025C	06	1756536	24200814.10.302.171.20657.06.339039.1.500.9100000.0
500	2449022024	2404010252025C	07	1898597	24200814.10.302.171.20657.07.339039.1.500.9100000.0
500	2449022024	2404010252025C	08	1898803	24200814.10.302.171.20657.08.339039.1.500.9100000.0
500	2449022024	2404010252025C	09	1480048	24200814.10.302.171.20657.09.339039.1.500.9100000.0
500	2449022024	2404010252025C	10	1463632	24200814.10.302.171.20657.10.339039.1.500.9100000.0
500	2449022024	2404010252025C	11	980959	24200814.10.302.171.20657.11.339039.1.500.9100000.0
500	2449022024	2404010252025C	12	1378282	24200814.10.302.171.20657.12.339039.1.500.9100000.0
500	2449022024	2404010252025C	14	807784	24200814.10.302.171.20657.14.339039.1.500.9100000.0

Ficam mantidas as demais cláusulas e disposições contida no Contrato supracitado, devendo este apostilamento ser publicado no Diário Oficial do Ceará (DOE).

Francisco Sales Ávila Cavalcante
SUPERINTENDENTE, EM EXERCÍCIO

